

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA MÉNINGITE OTOGÈNE FOUDROYANTE

Par MM. L'ANNOIS et GIGNOUX (de Lyon).

La méningite otogène n'apparaît pas seulement comme la complication la plus redoutable de l'otite aiguë : elle est aussi celle qu'il est souvent le plus difficile de prévoir, car elle peut éclater au cours de l'inflammation la plus bénigne de l'oreille moyenne et déconcerter par la rapidité avec laquelle elle frappe.

A ce point de vue, on peut, suivant la comparaison de Wicart, assimiler le rôle de l'oreille moyenne infectée vis-à-vis des méninges à celui de l'appendice vis-à-vis du péritoine. L'oreille moyenne est certes mieux isolée et constitue pour les méninges un danger bien moindre, mais il est des cas où, par suite de prédispositions spéciales congénitales ou acquises, l'infection de la caisse gagne les méninges avec une rapidité surprenante. La méningite éclate brusquement sans signes avertisseurs et évolue dans un délai très court vers la terminaison fatale.

Comme le signale Lermoyez, elle peut revêtir une forme foudroyante, réellement apoplectiforme. Vibert, Brouardel en rapportent des exemples dans lesquels la mort survint subitement sans que rien auparavant pût faire soupçonner l'existence de la maladie et insistent sur l'importance médico-légale de pareils faits. A dire vrai, il s'agit là non pas de méningite à évolution suraiguë, mais de méningites latentes brusquement extériorisées. Ces faits peuvent s'observer aussi bien dans les méningites bactériennes qui ne sont pas d'origine otique ; ils sont bien connus depuis les publications de Widal. Ce sont d'ailleurs des cas tout à fait exceptionnels, des trouvailles d'autopsie.

En général la méningite otogène suraiguë a une durée appréciable qui varie de 12 à 48 heures; ce sont ces cas seulement dont nous nous occuperons. Quelques auteurs ont signalé cette possibilité d'évolution aussi rapide de la méningite otogène, mais ne se sont pas attachés à individualiser suffisamment cette forme clinique.

Deshayes dans sa thèse sur la méningite cérébro-spinale otogène décrit une forme foudroyante de cette affection et en rapporte quatre cas dont la durée est comprise entre 17 heures et 2 jours. Une nouvelle observation en est signalée dans la thèse de Blanluet.

Wicart (*Progrès médical*, 1907), à propos d'un bel exemple de méningite suraiguë, insiste sur cette rapidité d'évolution qui peut déconcerter le diagnostic.

Lermoyez, dans son rapport sur le diagnostic de la méningite otogène, compare cette forme foudroyante aux formes ambulatoires des méningites bactériennes non otiques. Il s'agit vraisemblablement en pareil cas, dit-il, d'une infection massive et hypervirulente des méninges amenant une intoxication brusque des centres nerveux. En 1912, à la Société autrichienne d'otologie, dans une discussion sur la méningite à cours anormal, plusieurs auteurs ont insisté sur ce début apoplectiforme de la méningite, sans fièvre, sans prodromes, ce qui, au dire de Neumann, ne serait pas une rareté.

Nous avons eu l'occasion d'observer 2 exemples de cette forme suraiguë de la méningite otogène et nous avons réuni les observations publiées dans lesquelles la durée de l'affection n'a pas excédé 48 heures: elle fut dans certains cas beaucoup plus courte, 5 heures (Wicart), 17 heures (Leuret et Lafite-Dupont), 15 heures dans notre second cas.

Le raccourcissement de la maladie porte sur les 3 périodes de son évolution, mais surtout sur les prodromes. Ce qui caractérise l'affection, c'est la brusquerie du début: la méningite se déclare en quelques heures, sans que rien auparavant puisse faire prévoir son apparition, ni signes avertisseurs, ni élévation thermique. Les premiers accidents méningés surprennent le malade en pleine conscience dans le cours d'une otite souvent d'apparence banale. Brusquement le malade

est pris d'une violente céphalée accompagnée de vomissements et, après une courte période d'agitation, il tombe dans un état d'inconscience, puis dans le coma. C'est ainsi que, dans l'observation de Wicart, le coma s'est installé de suite après 3 à 4 heures de crises épileptiformes subintrantes. Le malade, dont l'histoire nous est rapportée par Nepveu, subitement, pendant le repas, se met à faire des gestes et des mouvements incohérents, puis tombe dans un état de torpeur profonde. Dans l'observation de Stanculéanu et Depoutre, le patient, qui avait travaillé toute la journée et s'était couché sans s'être plaint particulièrement, est trouvé dans la nuit sans connaissance sur son lit. Même brusquerie dans le début chez les deux malades dont nous rapportons l'observation : l'un d'eux à son lever s'était, à 8 heures du matin, occupé d'affaires importantes avec une parfaite lucidité, lorsqu'il fut pris subitement de céphalée bientôt accompagnée d'une agitation incessante et à 10 heures du matin il ne répondait plus aux questions. Dans notre deuxième cas, à 2 heures de l'après-midi, la malade avait toute sa connaissance et, à 4 heures 1/2, elle était dans un état d'inconscience à peu près complet.

Cette infection massive des méninges qui sidère les fonctions organiques avant toute réaction de défense explique la rapidité avec laquelle évolue l'affection. La notion antérieure de l'otite vient seule éclairer le diagnostic qui peut être dérouté au début par la brusquerie de l'apparition des symptômes. Ceux-ci pourraient en imposer d'abord pour des manifestations nerveuses ou hystériques, si la température qui s'élève rapidement ne venait pas démontrer la gravité de la complication : la ponction lombaire d'ailleurs lèvera tous les doutes.

La seule difficulté qui peut se poser au point de vue diagnostique est celle de savoir si on ne se trouve pas en présence d'une méningite cérébro-spinale épidémique.

Royet et Deshayes ont essayé de fixer un type de méningite cérébro-spinale otogène; mais, comme le fait remarquer Lermoyez, il n'y a pas de raison de créer cette forme clinique spéciale, puisqu'elle ne présente aucune physionomie propre et qu'il n'est pas possible de l'individualiser bactériologique-

ment. En réalité, le point important est d'établir s'il existe une relation de cause à effet entre l'infection de l'oreille moyenne et celle de l'espace sous-arachnoïdien : il faut reconnaître si l'on n'a pas affaire à une méningite cérébro-spinale coïncidant avec une otite moyenne suppurée, l'infection auriculaire n'étant alors qu'une conséquence de l'infection générale, tandis que dans le type de méningite cérébro-spinale otogène de Deshayes l'infection gagne les méninges par l'oreille moyenne. Dans une récente discussion à la Société de laryngologie de Paris, Reverchon et Sieur ont insisté sur la possibilité de cette erreur et la nécessité d'établir un diagnostic précis au point de vue du pronostic et du traitement.

Dans les 16 observations que nous rapportons, le résultat de la ponction lombaire n'est signalé que 7 fois (3 fois du pneumocoque, 3 fois du streptocoque et 1 fois du staphylocoque), de sorte qu'aucune indication n'est à tirer de cet examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien sur la virulence de l'infection méningée.

Pour que cette infection partie des cavités de l'oreille moyenne puisse gagner aussi rapidement les espaces sous-arachnoïdiens, il faut admettre une suppression congénitale ou acquise des barrières naturelles qui séparent ces régions. Il est des cas aussi où les réactions de défense du sujet sont mauvaises ou amoindries et favorisent la rapidité de l'infection. Wicart invoque « une prédisposition méningo-encéphalique comme en créent l'alcoolisme et d'autres intoxications chroniques, la démence et toutes causes qui diminuent la qualité organique du cerveau et des méninges ». Löwy et Frey ont aussi incriminé le diabète.

La forme foudroyante de la méningite otogène se rencontre presque exclusivement dans l'otite aiguë, ce qui se comprend aisément puisque, dans ce cas, un processus de défense n'a pas eu le temps de se créer du côté des méninges.

La méningite peut éclater soit dans une otite aiguë compliquée de mastoïdite (7 observations), soit plus souvent dans une otite aiguë simple (9 observations). Il faut même remarquer quelquefois le peu d'importance de l'otite aiguë comparée aux accidents qu'elle est en train d'engendrer : il s'agit



souvent, dit Deshayes, d'une forme simplement catarrhale où la paracentèse ne donnera rien ou presque rien; d'autres fois la perforation bien faite est restée perméable, tout semblait marcher très bien quand les accidents éclatent brusquement et rapidement, comme cela s'est produit chez notre premier malade.

Dans cette lepto-méningite diffuse d'emblée, que Deshayes a qualifiée de méningite cérébro-spinale otogène, il n'existe pas de complications locales de l'otite permettant d'admettre une infection de proche en proche : la dure-mère ne présente pas de lésions antérieures, elle n'a pas été l'intermédiaire de l'infection, comme le fait se produit au contraire lorsqu'un foyer extra-dural s'ouvre dans la cavité arachnoïdienne : c'est dans les connexions anatomiques normales qu'il faut chercher le chemin suivi par l'agent infectieux.

A toutes les observations que nous rapportons de méningite succédant à une otite aiguë simple manque le contrôle de l'autopsie : les auteurs n'ont pu se rendre compte s'il existait dans ces cas des malformations anatomiques de l'oreille moyenne. Il est probable que, dans ces formes foudroyantes, la rapidité de l'infection méningée doit être favorisée souvent par des déhiscences des cavités de l'oreille, déhiscences du toit de la caisse et du toit de l'antre. Nous n'insisterons pas sur ces malformations anatomiques bien connues, surtout depuis les publications de Mouret.

La propagation de la méningite dans les formes suraiguës se fait-elle plus souvent par les voies osseuses de l'oreille moyenne ou par voie labyrinthique? La question est difficile à résoudre : comme le fait remarquer Lermoyez, la méningite venue par voie labyrinthique est plus menaçante et plus rapide : le labyrinthe totalement suppuré peut se vider à l'improviste de son pus dans l'espace sous-arachnoïdien non défendu, à la façon dont s'y rompt un abcès cérébral.

La méningite foudroyante compliquée de suppuration mastoïdienne peut être provoquée par la présence de certaines cellules mastoïdiennes aberrantes. C'est ainsi que dans l'observation de Stanculéanu et Depoutre, l'infection méningée semble s'être faite par l'intermédiaire d'une grosse cellule suppurée séparée de l'antre par une étendue de 12 milli-

mètres de tissu osseux diploïque et dont la corticale était extrêmement mince. Stanculéanu et Depoutre ont d'ailleurs attiré l'attention sur le danger que présentent ces cellules postéro-supérieures qui ne sont souvent séparées de la dure-mère que par une lame osseuse papyracée.

La rupture d'un abcès extra-dural peut être aussi une cause de méningite suraiguë. Nous laissons volontairement de côté des cas de rupture d'un abcès cérébral dans les ventricules ou l'arachnoïde : la méningite n'est ici qu'un épisode terminal sans grande importance.

A côté de ces méningites *spontanées*, il faut faire place aux méningites foudroyantes *traumatiques* et *post-opératoires*. On en a signalé des exemples après l'introduction ou l'essai d'ablation de corps étrangers de l'oreille. Kummel, dans l'Encyclopédie de Blau, dit avoir réuni 13 cas de mort à la suite d'extractions de corps étrangers de l'oreille, dont 10 cas par méningite. Dans les faits de ce genre, l'évolution des complications méningées a souvent une allure très rapide : nous en citerons comme exemple l'observation rapportée par Pilcher d'un malade qui, s'étant introduit une aiguille dans l'oreille, mourut de méningite 2 jours après une intervention où on pratiqua l'ablation du marteau et où cette aiguille fut d'ailleurs cherchée vainement.

La forme foudroyante n'est pas rare non plus dans les méningites post-opératoires. Zeroni, qui a réuni 40 observations de méningite succédant à des interventions pratiquées dans le cours d'otorrhée chronique, alors que le sujet ne présentait aucun signe de méningite, insiste sur la rapidité avec laquelle ont éclaté les accidents méningés et la marche aiguë qu'ils ont suivie. Dans 17 cas sur 40, la méningite est apparue le soir même ou le lendemain de l'intervention : dans 3 cas sa durée n'a pas dépassé 24 heures. Lermoyez rapporte un cas typique de ces accidents : « Une malade, dit-il, à laquelle j'avais pratiqué un évidemment pétro-mastoldien correct, se réveilla du chloroforme en poussant des cris hydro-encéphaliques et en hurlant des douleurs de tête. Le coma survint le soir même, et le lendemain la mort. »

L'un de nous eut l'occasion d'observer un fait analogue en assistant un chirurgien qui pratiquait une intervention chez un enfant pour une mastoïdite aiguë : le petit malade fut pris de phénomènes méningés dans la soirée et succomba 36 heures après l'opération.

Dans la majorité des cas de ce genre, il s'agit de porteurs de pyo-labyrinthite latente : le labyrinthe était déjà infecté lors de l'intervention. D'autres fois, le foyer tympano-antral était compliqué d'un autre foyer suppuré non diagnostiqué, foyer sous-dural par exemple.

Zeroni explique de la façon suivante la diffusion rapide de l'infection aux méninges : le foyer opératoire communiquait avec le foyer labyrinthique ou sous-dural par une étroite fistule ; le gonflement des tissus consécutif à l'intervention ou même au tamponnement a pu provoquer brusquement l'occlusion de cette fistule et supprimer ainsi un canal de sûreté empêchant la rétention.

Il nous semble inutile de faire ressortir la gravité de ces accidents méningés à début et à évolution aussi rapides. Le seul enseignement à tirer de ces observations, c'est la nécessité de ne pas trop différer une intervention, c'est aussi le danger des opérations incomplètes, soit qu'on laisse des cellules mastoïdiennes aberrantes inexplorées, soit qu'on méconnaisse une labyrinthite latente existant avant l'opération.

#### OBSERVATIONS.

I. FURET (*Obs. résumée*). (Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx. 1906, n° 7.)

Le 9 mars, un jeune homme de 16 ans se présente à la consultation avec une otite aiguë. L'apophyse est normale ; une paracentèse est pratiquée.

Le 21 mars, le malade revient, se plaignant de douleurs passagères et de l'abondance de l'écoulement. La paracentèse est suffisante. Pas de symptômes de mastoïdite.

Brusquement, dans la soirée du 25, céphalée intense, vomissements et, dans la nuit, agitation et délire. Le 26, à 5 heures du soir, le malade est dans un demi-coma, somnolent, agité, avec du

Cheyne-Stokes; le pouls est à 140, la température à 40°. La région apophysaire est absolument normale et insensible.

Le soir, à 9 heures, une ponction lombaire est pratiquée : elle donne du liquide trouble qui à l'examen renferme uniquement des pneumocoques. Le malade succombe dans la nuit.

II. LEURET ET LAFITE-DUPONT (*Obs. résumée*). (*Gaz. sc. méd. de Bordeaux*, juin 1905.)

Homme de 36 ans, atteint d'otite aiguë ayant débuté le 15 janvier. La perforation a été spontanée. Pas de douleur mastoïdienne.

Le 17 janvier, l'écoulement se faisant mal, on fait une paracentèse qui soulage beaucoup le malade. Tout va très bien; le malade reprend sa vie normale lorsque, le 20 janvier au soir, il est pris d'une céphalée atroce accompagnée de rachialgie : la température est alors de 37°<sub>2</sub>, le pouls est normal.

Deux heures après, le malade est dans un état d'inconscience absolue; le pouls est irrégulier et rapide; la température s'élève progressivement jusqu'à 41°; les signes méningés apparaissent.

La ponction lombaire ramène un liquide purulent qui, à l'examen, montre la présence de nombreux globules de pus, de staphylocoques et de diplocoques non encapsulés.

Le malade succombe 17 heures après le début des accidents.

III. STANCULÉANU ET DEPOUTRE (*Obs. résumée*). (*Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1901.)

Homme de 27 ans qui est amené à l'hôpital Beaujon dans un semi-coma le 27 décembre. Depuis un mois il avait un écoulement d'oreille, mais n'avait pas cessé son travail. Le 26 au soir il se coucha sans s'être plaint particulièrement et c'est dans la nuit qu'on l'a trouvé sans connaissance sur son lit.

Le 27 décembre le malade est dans un état de résolution complète : la température est de 39°. Pas de Kernig. Pas de signes oculaires. Suppuration de l'oreille droite sans douleur à la pression de la mastoïde.

La ponction lombaire donne un liquide louche qui renferme des pneumocoques.

Le malade meurt le 28 décembre à 6 heures du matin.

*Autopsie.* — Congestion des vaisseaux pie-mériens. A la base quelques plaques jaunes d'exsudat disséminées un peu partout.

La caisse et l'antre sont pleins de pus, mais il n'y a pas de pus dans les cellules mastoïdiennes. Une coupe montre à la partie supérieure de la mastoïde, près de la suture du temporal avec le

pariétal, entre la paroi du sinus latéral et la corticale externe, une grosse cellule suppurée. Cette cellule, de la grosseur d'un pois, est séparée de l'antre par une distance de 12 millimètres de tissu osseux diploïque; la corticale externe est excessivement mince à son niveau.

Les auteurs font de cette cellule suppurée le point de départ de la méningite.

IV. DESHAYES (*Obs. résumée*). (Thèse de Paris, 1907.)

Fillette de 20 mois, qui entre le 8 novembre à l'hôpital. Il y a 15 jours elle a eu de la fièvre et des douleurs : à la suite est apparu un écoulement dans l'oreille droite. La suppuration s'atténua et, il y a 4 jours, se tarit. L'enfant, recommençant à souffrir, fut envoyée à l'hôpital comme atteinte de mastoïdite probable.

Le 9, la température est de 39°. Pas de signes généraux en dehors de la fièvre. L'apophyse est normale.

Dans la nuit du 9 au 10, aggravation subite, vomissements, agitation. Le 10 au matin, température de 40°, 8, signes de méningite très nets, Kernig, paralysie faciale gauche.

La ponction lombaire donne du liquide sous pression très trouble, qui, à l'examen, renferme des streptocoques.

Aggravation progressive. Mort dans la nuit.

V. BLANLUET (*Obs. résumée*). (Thèse de Paris, 1908.)

Homme de 45 ans, qui est amené le 4 octobre 1907 à 9 heures du soir dans le coma, à l'hôpital Saint-Antoine. Son médecin dit qu'il avait eu, 15 jours auparavant, une otite aiguë gauche : au bout de quelques jours les douleurs d'oreille et un léger écoulement avaient disparu complètement.

Le 3 au soir, le malade est pris de violents maux de tête, sans autres troubles, sans vomissements. Le lendemain la céphalée persiste; toutefois le malade se lève et se promène dans l'après-midi. A 6 heures du soir le médecin est rappelé : le malade avait eu une heure auparavant un accès de fièvre, puis était tombé dans le coma.

Le 5 au matin la température est de 39°, 8, le pouls à 104. Raidement de la nuque. Kernig.

L'oreille gauche ne renferme dans le conduit aucune sécrétion purulente. Le tympan est uniformément rouge, non bombé. Aucune modification de la mastoïde.

Mort le 6, à 6 heures du matin.

VI. ZAALBERG (*Obs. résumée*). (Medis. chir. Weeklad, 1901.)

*Méningite mortelle, suite d'abcès extra-dural non diagnostiqué.*

Homme de 47 ans, souffrant de l'oreille gauche depuis 3 mois et atteint d'otite moyenne purulente subaiguë avec symptômes de mastoïdite. La trépanation montra une carie très étendue conduisant jusqu'au sinus qui baigne dans un abcès périsinusien. La carie a frappé l'oreille moyenne et la paroi postérieure du conduit auditif externe. Les suites de l'opération étaient très favorables lorsque subitement, le 15<sup>e</sup> jour après l'intervention, le malade présenta le syndrome méningitique.

Mort le surlendemain.

A l'autopsie on trouve un exsudat purulent englobant la convexité; entre la dure-mère et le rocher à gauche un abcès profond.

VII. WICART (*Obs. résumée*). (Progrès médical; 8 juin 1907.)

Homme de 28 ans, d'antécédents éthyliques, entre dans le service oto-rhino-laryngologique de Lariboisière en avril 1904, pour une mastoïdite confirmée.

Opération le 28 avril. Large évidemment, car les lésions conduisent jusqu'à la dure-mère, qui est saine cependant; un coup de gouge dépasse son but à la fin de l'opération et vient ouvrir la dure-mère dans le foyer déjà débarrassé de pus. Deux heures après l'intervention grand frisson et élévation de la température à 41°. La température baisse ensuite à 37°,3 et s'y maintient pendant 4 jours avec un état général excellent.

Le 22 avril, le 3<sup>e</sup> jour après l'opération, on nous appelle d'urgence auprès du malade et nous assistons à une scène particulièrement violente qui était la manifestation brutale de la méningite foudroyante. Le malade a le corps couvert de sueurs, avec du trismus, une attitude raidie; puis apparaissent des convulsions cloniques donnant l'impression de crises épileptiques subintrantes. La ponction lombaire ne donne que quelques gouttes de liquide légèrement louche.

Pendant 4 heures le malade présente des crises convulsives; la température monte de 37° à 40°,8; un coma progressif s'installe et le malade meurt une demi-heure après.

*Autopsie.* — La plaie méningienne était guérie sans réaction apparente. Mais de grosses cellules mastoïdiennes remplies de pus voisinant avec la rainure gastrique étaient restées ignorées et non explorées au cours de l'opération: ces cellules s'étaient ouvertes

dans une partie thrombosée du sinus latéral en formant ainsi une masse purulente au contact des méninges. Du foyer non opéré partaient de très légères trainées blanchâtres qui suivaient ensuite tous les vaisseaux de la pie-mère extrêmement congestionnée. Il s'agissait donc d'une méningite aiguë ayant à peine eu le temps de suppurer et causée par des cellules mastoïdiennes ouvertes dans le sinus latéral.

VIII. NELSON-SPRATT (*Obs. résumée*). (Archives of otology, 1907.)

*Lepto-méningite survenant 16 jours après une cure radicale. Infection par le canal du facial.*

Homme de 45 ans, qui a une otorrhée depuis 4 mois avec paralysie faciale. Cure radicale le 21 mai; les cellules périfaciales sont pleines de pus. Le malade quitte l'hôpital le 31 mai.

Le 10 juin insomnie. Dans l'après-midi céphalée intense. A 40 heures du soir frisson et température de 38°.8. Le lendemain matin le malade répond lentement aux questions.

Seconde intervention : on met à nu la dure-mère du cervelet et du lobe temporo-sphénoïdal : elle semble intacte. On incise la dure-mère du lobe temporo-sphénoïdal : les vaisseaux de la pie-mère sont injectés, mais il n'y a pas de méningite.

Le 12 au soir rigidité du cou. Kernig. Mort dans la nuit.

*Autopsie.* — Dure-mère blanche et non infectée. Le nerf auditif et le facial sont entourés de pus à leur entrée dans le conduit auditif interne. Méningite de la convexité et du cervelet. L'infection s'est propagée par le conduit auditif interne.

IX. ROBERTS (*Obs. résumée*) (Archives of otology, 1906.)

Jeune femme de 25 ans, qui, à la suite d'une amygdalite, est prise, le 1<sup>er</sup> août, de douleurs d'oreille à droite soulagées par un écoulement spontané apparu le soir même, écoulement non purulent, mais séro-hématique.

L'auteur voit la malade le 7 parce qu'est apparue depuis quelques jours de la sensibilité mastoïdienne. Écoulement séro-hématique, tympan épaissi et congestionné.

Dès le lendemain la température s'élève et se développent des symptômes méningitiques. La ponction lombaire ramène du liquide trouble qui, à l'examen, renferme des pneumocoques.

Mort le 9 à 7 heures du soir.

*Autopsie.* — Lepto-méningite de l'hémisphère droit. Le rocher, à droite, est complètement nécrosé, rempli de pus et de granulations.

L'auteur se demande s'il ne s'agit pas d'une ostéomyélite primitive du temporal, avec propagation secondaire à la caisse.

X. LABARRIÈRE (*Obs. résumée*). (Revue hebdomadaire de Laryngologie, 11 novembre 1911.)

En 1905 l'auteur est appelé en consultation auprès d'un homme de 60 ans qui présente une otite aiguë depuis 2 mois 1/2. Le 23 janvier, il constate du pus sous pression dans la caisse avec une mastoïde douloureuse. Large paracentèse.

Le 30 janvier, l'amélioration étant nulle, trépanation mastoïdienne. Apophyse diploétique qui rend l'intervention très facile.

Les suites opératoires sont bonnes et, au bout de quelques pansements, le pus disparaît des cavités de l'oreille moyenne. Une seule chose cause de l'inquiétude : la persistance des douleurs de tête. Brusquement, un mois après l'intervention, le malade présente du délire, des contractions musculaires, des troubles de la conscience, de l'inégalité pupillaire. La ponction lombaire ramène un liquide louche rempli de streptocoques, ce qui confirme le diagnostic de méningite et le malade meurt 2 jours après.

XI. LABARRIÈRE (*Obs. résumée*). (Revue hebdomadaire de Laryngologie, 11 novembre 1911.)

Femme de 40 ans que l'auteur est appelé à examiner pour une douleur très vive dans l'oreille droite. Le tympan est très rouge et bombe fortement en dehors. La paracentèse est faite et donne issue à un liquide séro-hématique.

La céphalée frontale et occipitale autorise à penser à des phénomènes méningitiques et la malade est emportée en 48 heures.

XII. LABARRIÈRE (*Obs. résumée*). (Revue hebdomadaire de Laryngologie, 11 novembre 1911.)

Le 7 février 1909, l'auteur est appelé à examiner une malade de 35 ans qui accuse des douleurs d'oreille en même temps qu'elle présente une céphalalgie violente. Elle a une otite séreuse banale qui est ponctionnée immédiatement par le tympan et le lendemain mort de méningite à marche suraiguë.

XIII. NEPVEU (*Obs. résumée*). (Recueil d'oto-rhino-laryngologie, avril 1911.)

Homme de 50 ans, vigoureux, qui, le 4 août, vient consulter pour une otite datant de 3 mois et négligée jusque-là. Il arrive nullement fatigué d'un voyage de plusieurs heures. Il y a du gonfle-



ment mastoïdien sans fluctuation, pas d'écoulement, le conduit est rempli de pus desséché.

L'auteur conseille au malade d'entrer de suite dans une maison de santé afin de hâter l'opération. Le malade ne veut pas prendre de décision immédiate et donne rendez-vous pour le lendemain matin.

Le lendemain une parente vient dire que le malade est allé très bien jusqu'à 8 heures du soir, mais que subitement, pendant le repas, il s'est mis à faire des gestes, puis ses mouvements se sont ralentis, il a bégayé des mots sans suite, et, transporté dans sa chambre, il est resté dans une torpeur profonde dont il ne sort que pour prononcer des mots incohérents.

Le patient meurt en 36 heures dans un coma progressif.

XIV. LÖWY (*Obs. résumée*). (Soc. autrich. d'otologie, octobre 1912.)

L'auteur rapporte une observation de méningite à évolution rapide dans une otite aiguë récidivée, chez un diabétique de 50 ans. Mort en 2 jours avec une température élevée, sans que rien auparavant puisse attirer l'attention sur sa mastoïde.

L'autopsie montre le cerveau flottant dans le pus qui a envahi même la convexité.

XV. LANNOIS ET GIGNOUX (*Observation personnelle et inédite*).

Malade âgé de 60 ans, sans antécédents du côté de l'oreille, qui, le 27 juin, au retour d'un voyage, est pris de frissons, de céphalée avec quelques douleurs dans l'oreille gauche. L'un de nous, avec le Dr P. Bonnet, voit alors ce malade, qui paraît présenter surtout un état grippal avec de la toux et de la fièvre, 38°,5.

On constate la présence d'un bouchon de cérumen dans l'oreille gauche. Après l'ablation du bouchon le tympan apparaît un peu rouge, mais ne bombe pas. L'audition est peu abaissée.

Le surlendemain les douleurs d'oreille s'accroissent davantage. Il y a de la douleur à la pression de l'apophyse mastoïde, de la rougeur du pavillon. Large paracentèse qui donne un écoulement séreux abondant.

Les jours suivants, l'écoulement se fait bien, d'abord séreux, puis purulent. La perforation reste très perméable. La température baisse progressivement et arrive à ne pas dépasser 37°,5. La douleur à la pression de l'apophyse diminue. La malade se lève et quitte même sa chambre, lorsque, brusquement, le 5 juillet, éclatent les accidents méningés.

La veille, le malade avait accusé des douleurs névralgiques dans la région frontale, mais sans élévation de la température.

Le 5, le malade se lève le matin comme à l'ordinaire, commence même à s'occuper de ses affaires, lorsque, brusquement, vers 10 heures du matin, il se plaint de céphalée très violente et entre dans un état d'agitation incessante. Puis, il est pris de vomissements, la céphalée devient plus violente, la température s'élève progressivement. Deux à trois heures après le début des accidents, le malade ne répond plus que par signes aux questions qu'on lui pose et entre bientôt dans un état de demi-inconscience. Le diagnostic de méningite est alors confirmé à l'examen par un Kernig très net.

Cet état d'agitation persiste jusque dans la soirée où une intervention est décidée.

Trépanation mastoïdienne. On trouve du pus dans l'antre et dans quelques cellules mastoïdiennes. La dure-mère, mise à nu au-dessus de l'antre, paraît saine ; de même le sinus latéral, qui est également mis à nu.

A la fin de l'opération on pratique une ponction lombaire qui donne issue à du liquide trouble dont l'examen n'a pas été pratiqué. On n'a pu se rendre compte au cours de l'intervention par quelle voie s'était faite l'infection méningée.

Après l'opération, le malade entre dans le coma et meurt le lendemain soir, 36 heures après le début des accidents.

#### XVI. LANNOIS ET GIGNOUX (*Observation personnelle et inédite*).

Mme X..., 39 ans, va à un enterrement à quelques kilomètres de Lyon, par une matinée très froide, le 6 janvier 1914 ; elle a encore très froid dans le train de retour et rentre chez elle avec un coryza violent. Le lendemain, 7 janvier, elle reste au lit une partie de la journée avec un état fébrile qui s'accroît le soir avec l'apparition d'une violente douleur dans l'oreille gauche. Elle fait venir son médecin, le Dr Michel, le 8 au matin, et celui-ci constate que le coton qu'elle a mis dans son oreille est complètement imbibé de sérosité fortement teintée de sang : il fait aisément le diagnostic d'otite aiguë en rapport avec le coryza. La malade va d'ailleurs mieux du côté de son oreille, les douleurs s'étant enfin atténuées : la température est de 38°,4, égale à celle de la veille au soir.

Vers le soir l'écoulement d'oreille est arrêté, les douleurs sont à nouveau très vives, la température monte à 39°,3 et la nuit est très agitée, de sorte que, lorsque notre confrère voit sa malade, le 9 au matin, il lui fait une injection de morphine. A ce moment la

malade n'avait que 38°,3. A 2 heures de l'après-midi, il vient la revoir, la trouve très calme et très lucide, se plaignant seulement d'un peu de mal de tête; elle a eu des nausées, un petit vomissement qu'il attribue à la morphine. Toutefois il est frappé de l'existence d'une certaine raideur du cou, il lui semble qu'il y a une ébauche de Kernig et il demande une consultation avec le Dr Leclerc, médecin des hôpitaux, qui vient voir la malade à 6 heures.

Mais entre temps, à 4 heures et demie, il s'était produit subitement de nouveaux accidents: la température était montée à 40°,3. Les douleurs de tête étaient devenues très intenses, la malade avait eu un grand vomissement, et avait été prise d'agitation en même temps que d'obnubilation. Le Dr Leclerc n'eut pas d'hésitation à porter le diagnostic de méningite et, se basant sur l'existence d'un écoulement d'oreille qui s'était arrêté brusquement, fait appeler l'un de nous en consultation.

La malade est vue à 9 heures et demie: elle est dans un état d'agitation incessante, roule sa tête sur l'oreiller, se lance d'un bout à l'autre du lit sur lequel elle est maintenue avec peine; elle pousse de légers gémissements continus, entrecoupés de temps à autre par des cris plus violents, véritables cris hydrencéphaliques. De temps à autre une nausée avec ou sans régurgitation. Si on immobilise un instant la tête on constate que les yeux sont animés de grandes secousses nystagmiformes. En l'interpellant un peu brusquement, on obtient encore d'elle qu'elle tire la langue, mais elle ne répond à aucune question.

L'examen de l'oreille ne peut être pratiqué qu'un instant, pendant que trois personnes la maintiennent solidement: il permet de voir qu'il n'y a pas de pus dans le conduit, que la membrane est rouge et bombe assez nettement. Une paracentèse est pratiquée et l'aiguille retirée est pleine de pus; d'ailleurs il se fait immédiatement un écoulement abondant de pus et de sang.

Rendez-vous est pris pour le lendemain matin, 10 janvier, à la première heure, pour se rendre compte du résultat de cette paracentèse et intervenir au besoin, mais la malade succombe à 5 heures du matin, c'est-à-dire 15 heures environ après le début des premiers symptômes pouvant faire soupçonner une méningite.

## LA PAROI INTERNE DU SINUS MAXILLAIRE LES FONTANELLES NASALES

Par M. J. **BOURGUET** (de Toulouse),  
Ancien Prosecteur, Ancien Chef de Clinique.

Le sinus maxillaire a la forme d'une pyramide à trois faces, située au-dessous de la cavité orbitaire, au-dessus de la voûte palatine et en dehors de la fosse nasale. Des diverses faces de l'antra d'Highmore, c'est certainement la paroi interne qui est la plus intéressante à étudier, tant au point de vue des détails anatomiques qu'elle présente, qu'au point de vue des interventions opératoires dont elle est l'objet (résection du cornet inférieur, opération de Rethi, de Claoué ; cathétérisme du sinus maxillaire, etc.).

C'est à l'étude de cette paroi que nous consacrons cet article, après des recherches effectuées sur 15 sujets, et nous insisterons surtout sur la disposition de certaines parties que Zuckerkandl a appelées fontanelles. Les fontanelles nasales peuvent être définies : portion de la paroi interne du sinus maxillaire où les deux muqueuses, celle de l'antra d'Highmore et celle de la fosse nasale, sont accolées sans aucune interposition osseuse.

Cette paroi interne du sinus a sa face limitée par le cornet moyen, l'éthmoïde et l'os palatin. Elle s'étend dans le territoire du méat inférieur et du méat moyen. Elle renferme l'ouverture normale du sinus : ostium maxillaire. Elle a généralement une direction verticale et à peu près lisse quand on l'examine par la cavité du sinus. Mais il est assez fréquent de la voir s'incliner fortement dans l'intérieur du sinus de façon à former une convexité très accusée dans le plan frontal et sagittal, réduisant d'autant la capacité du sinus. Cette convexité répond à la région du méat inférieur et correspond à une courbe de sens contraire dans la fosse nasale. On constate, en examinant cette région de la fosse nasale, qu'elle est refoulée extérieurement, comme si une pression s'était exercée sur elle,

venant du côté de la cloison. Un plan antéro-postérieur tangent à la lame papyracée laisse dans ces cas en dehors de lui le cornet inférieur. Quand on regarde ces fosses nasales à la rhinoscopie antérieure, il n'est guère possible de voir la fente du méat inférieur cachée par le contrefort osseux de l'ouverture pyriforme qui le surplombe en avant.

La face interne ou sinusale de cette paroi donne au niveau du plancher de l'antre d'Highmore des prolongements qui s'étendent sur ce plancher en diminuant de plus en plus de hauteur. Ces crêtes osseuses délimitent entre elles des dépressions de dimensions variables. Un pois pourrait en général les remplir. Ces dépressions portent le nom de récessus palatin (fig. 3). Nous en avons trouvé deux, trois, rarement quatre, sur nos préparations. On trouve parfois de semblables creux au niveau de l'angle qui unit la paroi faciale à la paroi nasale du sinus. Nous n'insisterons pas sur les récessus zygomatiques et prélacrymal qui ne rentrent pas dans le cadre de notre étude.

La hauteur de la paroi interne du sinus dans la zone correspondant au méat inférieur varie entre 15 et 20 millimètres. L'épaisseur au niveau du plancher peut atteindre plus de 3 millimètres et être très spongieuse. En haut, elle s'amincit graduellement. La portion la plus mince se trouve au niveau de la voûte du méat inférieur. Nous verrons que nous pouvons trouver en ce point une fontanelle que nous n'avons vue signalée nulle part.

Au-dessus du cornet inférieur nous trouvons des régions amincies, ce sont les fontanelles du méat moyen. Au-dessus encore de la queue du cornet moyen nous avons observé, dans quelques cas, une fontanelle que nous n'avons vue mentionnée ni dans Zuckerkandl ni dans Onodi, qui ont admirablement étudié l'anatomie des divers sinus de la face.

La face externe de la paroi interne du sinus nous présente un ou plusieurs orifices qui mettent en communication cette cavité avec la fosse nasale. Il y a toujours un orifice : orifice principal; et les autres orifices, quand ils existent, sont dits accessoires. L'orifice principal, en forme de fente elliptique à direction sagittale, moins souvent réniforme ou circulaire, d'une grandeur de 3 millimètres jusqu'à 19 millimètres, se trouve

dans la partie la plus élevée de la paroi (fig. 1), immédiatement au-dessous du plancher de l'orbite.

Les orifices accessoires, au nombre de un, deux, rarement trois ou quatre, sont de dimensions plus restreintes et placés à un niveau plus inférieur et plus postérieur (fig. 1). Ils sont arrondis. Nous avons trouvé dans certains cas l'orifice accessoire beaucoup plus grand que l'ostium principal et comme taillé à l'emporte-pièce (fig. 2).

Dix fois nous avons constaté des orifices accessoires sur nos 30 préparations, ce qui fait une proportion de 33 p. 100. Au-dessus de la ligne correspondant à l'insertion du cornet inférieur, se voient toujours des points faibles de la paroi (fig. 2) répondant aux fontanelles du méat moyen et, 6 fois seulement au-dessous de cette ligne d'insertion, nous avons remarqué sur une petite étendue la muqueuse du sinus maxillaire et du méat inférieur accolées sans interposition osseuse, *fontanelle inférieure* (fig. 3).

Si nous examinons maintenant la face interne, nous voyons superposés le cornet inférieur et le cornet moyen; celui-ci, une fois enlevé, laisse voir (fig. 4) la saillie de la bulle ethmoïdale, le rebord tranchant de l'apophyse unciforme au-dessous, et entre les deux la gouttière semi-lunaire à l'extrémité antérieure de laquelle débouche le canal du sinus frontal et, à l'extrémité postérieure, l'orifice allongé dans le sens antéro-postérieur de l'ostium maxillaire principal masqué en grande partie par la lèvre de l'apophyse unciforme. A 1 ou 2 millimètres en arrière, on trouve ici un ostium accessoire.

L'apophyse unciforme envoie deux prolongements vers la ligne d'insertion du cornet inférieur. Entre ces prolongements (fig. 5) se trouvent les *fontanelles du méat moyen*, au nombre de trois dans ce cas: fontanelle antérieure, moyenne et postérieure perforée par deux ostiums accessoires. Ces fontanelles offrent une configuration variable suivant les sujets. Elles sont encore désignées sous le nom de portion membraneuse du méat moyen.

Au-dessous du cornet inférieur, par conséquent dans le méat inférieur, nous avons trouvé une *fontanelle inférieure* (fig. 4).

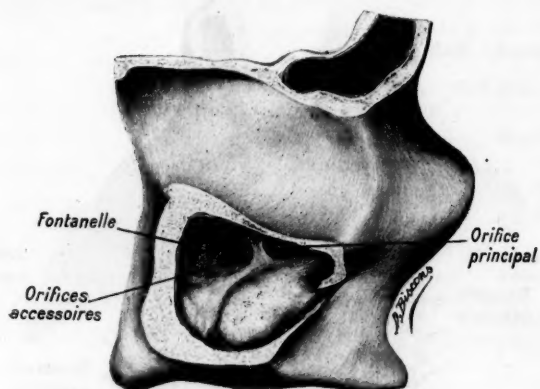


Fig. 1. — Paroi externe.

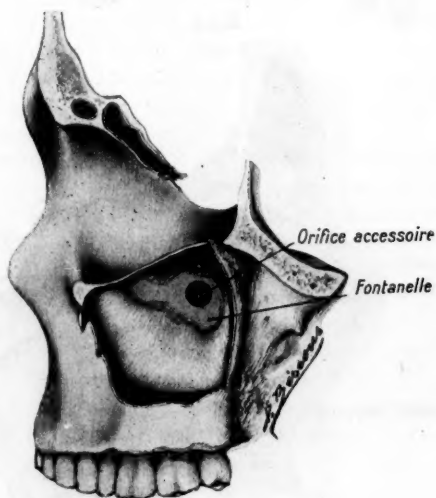


Fig. 2. — Paroi externe.

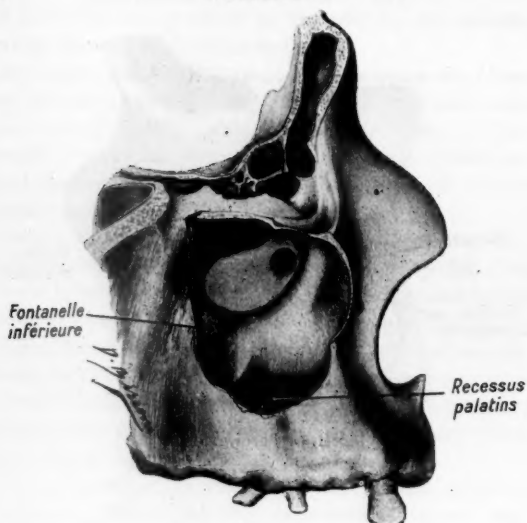


Fig. 3.



Fig. 4.



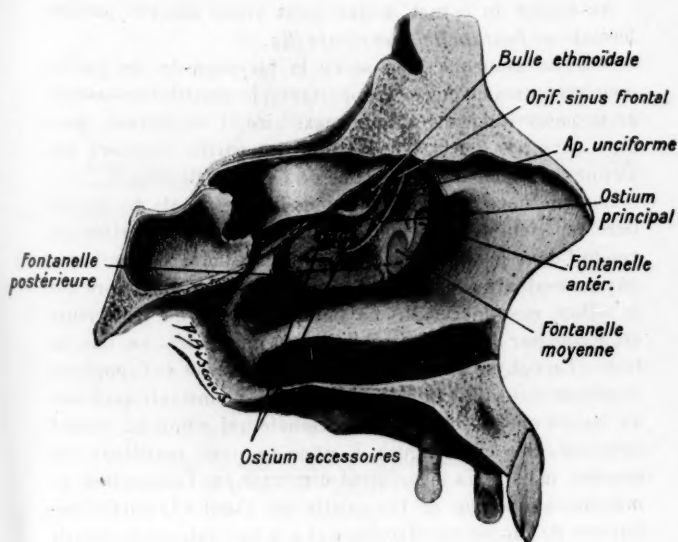


Fig. 5.

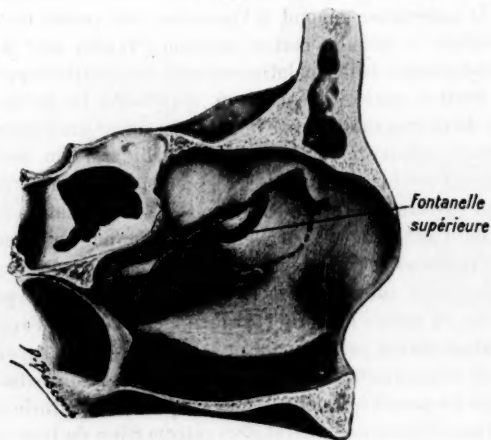


Fig. 6.

Au-dessus du cornet moyen nous avons observé pareille formation, *fontanelle supérieure* (fig. 6).

Nous ne pourrions bien saisir la présence de ces parties membraneuses qu'en nous rapportant à la constitution osseuse de la paroi interne du sinus maxillaire et en suivant, pour ainsi dire pas à pas, l'apposition des parties osseuses qui viennent rétrécir le large orifice de l'antre d'Highmore.

Lorsque nous avons devant nous la face nasale du maxillaire supérieur (fig. 7), nous voyons une grande ouverture qui conduit dans le sinus. Du corps du maxillaire s'élève l'apophyse montante séparée de la face nasale du maxillaire par le sillon naso-lacrymal. Le bord supérieur de l'ouverture est formé par l'apophyse orbitaire du maxillaire; en bas, se trouve l'apophyse alvéolaire. Sur la face interne de l'apophyse montante fait saillie la crête ethmoïdale inconstante qui s'unit au cornet moyen et la crête turbinale qui s'unit au cornet inférieur. Sur cette figure, l'orifice du sinus maxillaire est énorme, mais il va légèrement diminuer par l'adjonction au maxillaire supérieur de l'os palatin qui s'unit à la partie postérieure de l'apophyse alvéolaire et à la face interne du maxillaire supérieur (fig. 8). L'os palatin présente deux rugosités, dont la supérieure répond à l'insertion du cornet moyen et l'inférieure à celle du cornet inférieur. Tandis que la lame perpendiculaire de l'os palatin recouvre une partie importante de la portion postérieure du trou maxillaire, la partie inférieure de ce trou subit encore un rétrécissement par l'apposition du cornet inférieur. Ce cornet ou os turbinale a son insertion antérieure sur la crête turbinale de l'apophyse montante; l'insertion postérieure se fait sur la crête de l'os palatin (fig. 8).

Le bord adhérent du cornet inférieur donne un prolongement inférieur et plusieurs prolongements supérieurs. Le prolongement inférieur est le plus considérable. Il part à peu près du milieu du cornet, se dirige en bas dans l'angle de séparation formé par l'os palatin et l'os maxillaire supérieur, fermant ainsi la partie la plus basse du trou maxillaire située au-dessous du cornet inférieur. Dans certains cas, l'os turbinale ne donne pas de prolongement et alors cette portion du trou maxillaire est fermée par la muqueuse de l'antre d'Highmore et de

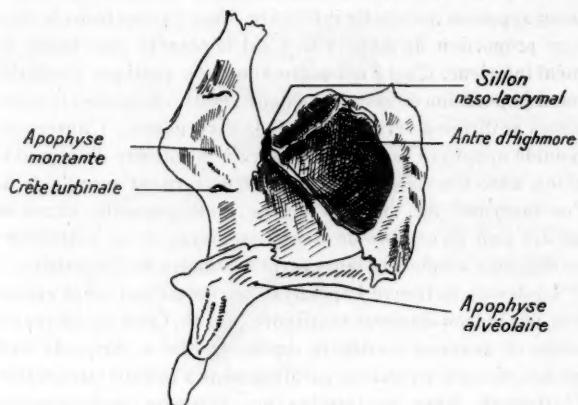


Fig. 7. Face nasale du maxillaire supérieur.

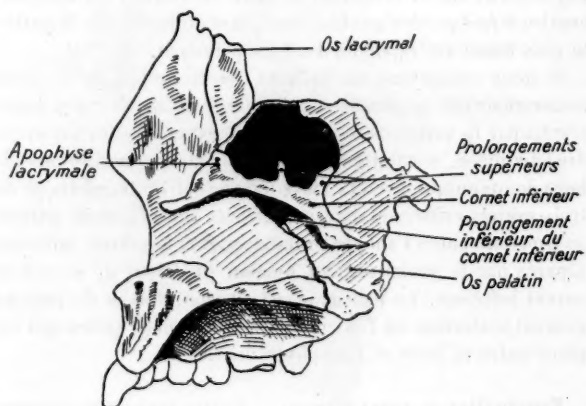


Fig. 8.

la fosse nasale accolées donnant lieu à la formation de ce que nous appelons fontanelle inférieure. Nous l'avons trouvée dans une proportion de 20 p. 100. C'est le point le plus faible du méat inférieur. C'est à cet endroit que l'on pratique généralement la ponction du sinus maxillaire. Les prolongements supérieurs se dirigent vers la voûte de la fosse nasale. L'antérieur, nommé apophyse lacrymale, couvre à la manière d'un pont le sillon naso-lacrymal et le transforme en canal avec l'aide de l'os lacrymal (fig. 8). Les autres prolongements situés en arrière sont au nombre de deux : un moyen et un postérieur ; ce dernier s'accole à la lame perpendiculaire de l'os palatin.

Au-dessus se trouve l'apophyse unciforme qui vient encore rétrécir le trou du sinus maxillaire (fig. 9). Cette apophyse est reliée en avant au maxillaire supérieur. Elle se dirige de haut en bas, d'avant en arrière, parallèlement à la bulle ethmoïdale. L'extrémité libre se termine par plusieurs prolongements osseux. Le nombre varie. Il y en a un qui est souvent peu marqué ; un autre vient généralement s'unir au prolongement moyen du cornet inférieur ; un autre se rend vers la lame perpendiculaire de l'os palatin et un quatrième vers le toit de l'ouverture maxillaire qu'il n'atteint pas toujours. Entre l'apophyse unciforme et la bulle ethmoïdale se trouve l'hiatus semi-lunaire fermé par des ponts osseux, sauf au niveau de la partie la plus basse qui répond à l'ostium principal.

Si nous comparons maintenant les figures 7, 8, 9, nous remarquons que le gros trou de la paroi nasale s'est peu à peu rétréci par la superposition des divers os qui sont venus prendre leur place. Sur la figure 9 nous voyons que le sinus maxillaire communique avec la fosse nasale par l'intermédiaire de trois grands orifices et d'un petit. Deux de ces grands orifices se trouvent entre l'apophyse unciforme et le cornet inférieur séparés par le prolongement médian supérieur de ce même cornet inférieur. Le troisième est situé au-dessus du prolongement postérieur de l'os crochu. Reste le petit orifice qui est placé entre la bulle et l'apophyse unciforme.

**Fontanelles du méat moyen.** — Toutes ces parties osseuses que nous venons d'étudier sont recouvertes par la muqueuse

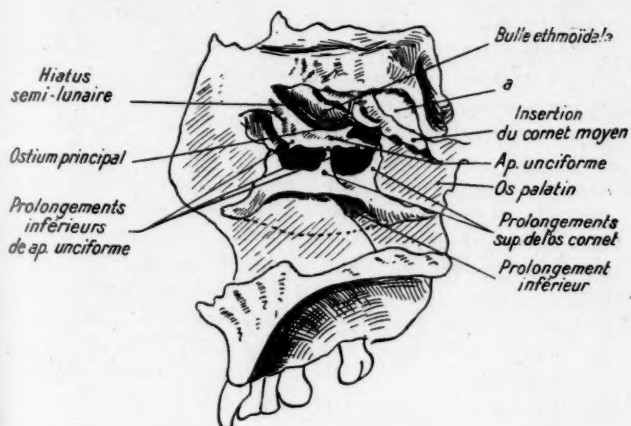


Fig. 9.

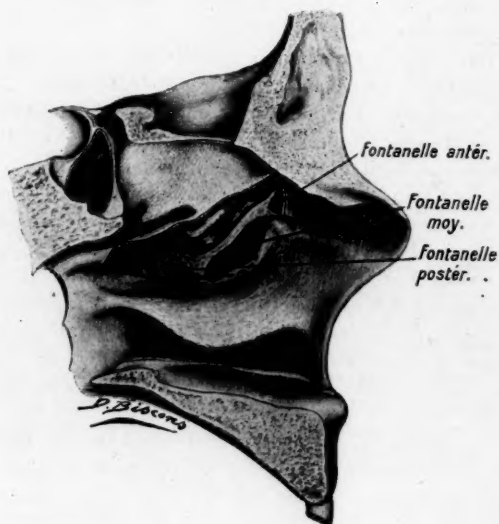


Fig. 10.

pituitaire qui passe comme un rideau au-devant des lacunes que nous venons de décrire. La muqueuse du sinus maxillaire en fait autant de son côté et nous avons dès lors, au niveau de ces espaces, les deux muqueuses adossées l'une à l'autre, constituant ainsi *les fontanelles du méat moyen*. Nous aurons de la sorte les fontanelles antérieure, moyenne et postéro-supérieure, en considérant la figure 9. Jamais la lacune correspondant à l'ostium principal ne sera fermée par la muqueuse et tous les orifices accessoires que l'on rencontrera seront placés sur une des fontanelles. Celles-ci sont plus ou moins étendues, ayant une configuration variable suivant que les prolongements osseux du cornet inférieur et de l'apophyse unciforme font défaut ou sont plus ou moins développés.

Pour mettre bien en évidence ces parties membraneuses, nous avons placé nos pièces pendant quelques jours dans de l'alcool dénaturé, nous les avons ensuite laissées sécher. Ces parties membraneuses deviennent transparentes, prennent une couleur plus foncée que les régions osseuses avoisinantes qui se détachent en saillie.

La forme type, calquée sur la figure 9, nous l'avons rarement trouvée. Celle que nous avons représentée figure 5 s'en rapproche le plus. Ici, l'apophyse unciforme donne deux prolongements osseux qui vont sur la ligne d'insertion du cornet inférieur, limitant trois espaces et donnant lieu à trois fontanelles : une antérieure, une moyenne et une postérieure plus étendue qui contourne le prolongement postérieur de l'os crochu, lequel ne s'étend pas, comme dans la figure 9, jusqu'à l'os palatin. Nous remarquons en même temps qu'un ostium accessoire arrondi est situé sur la fontanelle postérieure.

Parfois le prolongement antérieur de l'apophyse unciforme se relève et va s'unir, non plus au cornet inférieur, mais à l'apophyse montante, et les fontanelles ne sont plus redressées (fig. 10).

Dans certains cas, au lieu de deux apophyses de l'os crochu bien développées, se dirigeant vers le cornet inférieur, nous n'en avons qu'une seule (fig. 11). Nous observons alors la présence de deux fontanelles : une antérieure et une postérieure.

Les cas les plus fréquents sont ceux où l'on n'observe

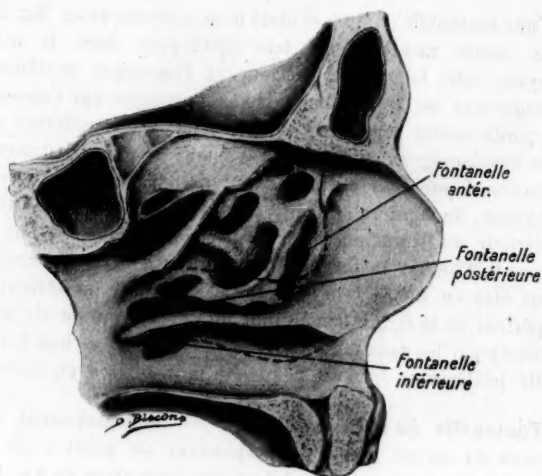


Fig. 11.

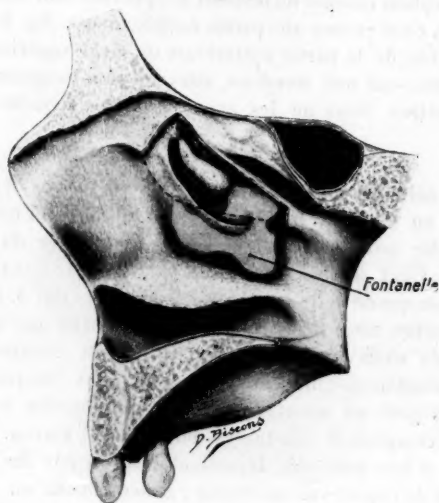


Fig. 12.

qu'une fontanelle unique, et alors nous pouvons avoir (fig. 12) une partie membraneuse très développée dans le méat moyen, entre le cornet inférieur et l'apophyse unciforme, contournant en arrière cette même apophyse par l'absence de ponts osseux. Ou bien (fig. 13) l'apophyse unciforme est très développée de haut en bas et vient se souder au cornet inférieur depuis son extrémité antérieure jusqu'à sa partie moyenne, de manière à fermer par un rideau osseux le trou antérieur du sinus maxillaire que nous avons vu sur la figure 9. Comme le prolongement postérieur de l'os crochu peut être en même temps atrophié, les trous postérieur et supérieur de la figure 9 n'en font qu'un et, comme ils sont tapissés par les deux muqueuses, nous avons alors une fontanelle postérieure qui est beaucoup plus rejetée en arrière.

**Fontanelle du méat supérieur.** — Immédiatement au-dessus du cornet moyen correspondant au point *a* de la figure 9, nous avons trouvé dans une proportion de 8 p. 100 une résorption osseuse où les deux muqueuses sont également accolées; c'est encore une partie membraneuse (fig. 6 et 14), point faible de la partie postérieure du méat supérieur. Ces fontanelles sont peu étendues, elles ont une longueur de 1 à 2 millimètres. Nous ne les avons trouvées signalées nulle part.

**Fontanelle du méat inférieur.** — Nous l'avons déjà mentionnée en étudiant la face externe de la paroi nasale du sinus. Elle manque quand l'apophyse inférieure du cornet inférieur vient se placer entre l'os palatin et l'os maxillaire. Elle existe quand cette apophyse est avortée (fig. 4, fig. 11).

En somme, nous pouvons conclure en disant que la paroi nasale du sinus maxillaire offre des points nombreux de faible résistance. On peut en trouver dans chaque méat, mais ces portions membraneuses, ces fontanelles sont surtout développées et constantes dans le méat moyen. Ici leur nombre et leur grandeur dépendent de la variété des prolongements de l'apophyse unciforme; généralement on en rencontre deux, trois. La plus constante est la fontanelle posté-



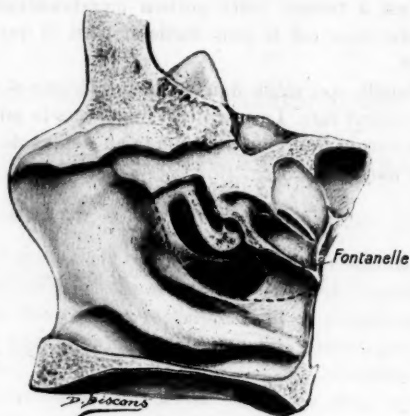


Fig. 13.

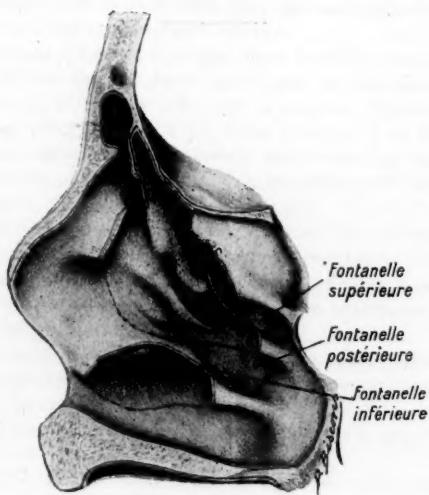


Fig. 14.

rieure. C'est à travers cette portion membraneuse que la ponction du sinus est le plus facile et c'est là que nous la pratiquons.

La fontanelle qui siège dans le méat inférieur et supérieur est relativement rare. La première siège vers le milieu d'insertion du cornet inférieur, la seconde au-dessus de la queue du cornet moyen.

---

**SEPTICÉMIE AVEC DÉTERMINATIONS  
SÉREUSES MULTIPLES  
AU COURS D'UNE SINUSITE FRONTO-MAXILLAIRE**

Par **LOMBARD, G. BLECHMANN** et **André BLOCH.**

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer dans le service spécial de l'hôpital Laënnec un cas de sinusite fronto-maxillaire chronique et réchauffée, qui se compliqua de septicémie à déterminations multiples, articulaires, péricardique et pleurale; les incidents cliniques ont nécessité diverses interventions thérapeutiques sur lesquelles nous reviendrons.

Voici l'observation du malade :

**Max B...**, de nationalité suisse, âgé de **21** ans, domestique, entre dans le service le **17 octobre 1913**, pour une sinusite fronto-maxillaire dont le début remonterait à un mois.

Le malade ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel à noter. L'affection actuelle a débuté par du gonflement de la région frontale droite avec œdème de la paupière supérieure s'accompagnant d'occlusion de l'œil. Cette évolution s'est faite sans douleur vive. Depuis trois semaines, le malade mouche du pus par la narine droite, et depuis une semaine, cet écoulement est devenu très abondant. Absence de troubles oculaires.

**17 octobre 1913.** — A son entrée, le malade présente une tuméfaction très marquée de la région du sinus frontal droit, s'étendant à la moitié droite du front. Il existe de la douleur à la pression : la peau n'est pas rouge, mais on constate un œdème où le doigt laisse son empreinte,

A l'examen des fosses nasales : on trouve à gauche, fosse nasale normale; à droite, du pus en abondance recouvrant le cornet moyen et dans la région du méat moyen.

Par la rhinoscopie postérieure, on constate que la queue du cornet moyen est également recouverte de pus.

A la diaphanoscopie, le sinus frontal droit est opaque ainsi que le sinus maxillaire droit; la pupille ne s'éclaire pas.

La radiographie montre une ombre beaucoup plus marquée au niveau des sinus frontal et maxillaire du côté droit.

A l'entrée, l'état général du malade paraît mauvais, et la température s'élève à 38°,7. Cette température monte encore pendant les deux jours suivants, elle est de 39°,4 le 19 octobre, et l'on décide d'intervenir.

*20 octobre 1913.* — Opération sous anesthésie chloroformique.

Premier temps: Trépanation du sinus maxillaire droit (par la voie habituelle: incision de la muqueuse buccale dans le sillon gingivo-labial).

Le sinus est rempli de masses fongueuses, indice probable d'une suppuration ancienne (contrairement à ce que faisait prévoir l'histoire clinique racontée par le malade).

Curettage de ces fongosités, nettoyage de la cavité, mise en place d'une mèche dans la fosse nasale et d'une mèche buccale.

Deuxième temps: Trépanation du sinus frontal par le procédé d'Ogston-Luc agrandi. Incision au niveau du sourcil, contre-incision perpendiculaire à la première au niveau de la ligne médiane, mise à nu de l'os, trépanation de la table externe; le pus sort sous pression du sinus frontal. Curage du sinus. On constate, après ce nettoyage, qu'il existe de l'ostéite de la paroi postérieure crânienne du sinus, pouvant faire croire à des lésions profondes. On trouve, en effet, un certain nombre de petits orifices correspondant à des points où la table interne est amincie, mais ces pertuis ne sont pas perforants, ainsi que le prouve une exploration faite avec précaution.

On arrête donc là l'intervention. Badigeonnage de la cavité à la teinture d'iode; mise en place, à l'angle externe de la plaie, d'un petit drain remplacé au bout de 48 heures par une mèche. Suture des téguments.

Anesthésie sans incident.

L'examen du pus recueilli à la pipette au moment de l'opération montre la présence de staphylocoques.

Le pansement est changé au bout de 48 heures; on enlève les mèches nasale et buccale, on panse à plat la plaie frontale après léger badigeonnage iodé.

Pansements quotidiens ensuite; on diminue petit à petit, les jours suivants, la longueur de la mèche frontale.

*24 octobre.* — A la suite de l'opération, il s'est produit une défervescence très marquée, la température est redevenue normale. L'état du malade semblait satisfaisant quand le lendemain la fièvre

réapparaît, avec oscillations quotidiennes autour de 38°.

Cependant, l'état de la plaie opératoire ne présente rien d'inso-lite.

On ne tarde pas à trouver la cause de cette élévation thermique. Le lendemain, le malade se plaint de douleurs vives dans plusieurs articulations, ayant débuté par le poignet gauche et s'étant étendues successivement au coude, à l'épaule, et aux articulations des membres inférieurs. A l'examen, les articulations prises sont douloureuses, rouges et tuméfiées. On injecte par la voie intraveineuse, à diverses reprises, du rhodium colloïdal (lantol), et l'on administre des doses quotidiennes de 6 grammes et de 8 grammes de salicylate de soude, et de 2 grammes d'aspirine.

27 octobre. — Malgré ce traitement, l'état général du malade a empiré; non seulement la fièvre a persisté, mais elle présente des oscillations entre 38° et 39°,6. L'état est franchement mauvais, le facies rappelle celui des grandes septicémies. On note cependant une sédation des douleurs articulaires. De plus, il y a une tendance à la lipothymie, et une dyspnée assez marquée. En présence de ces nouveaux symptômes, on examine de nouveau le cœur et les poumons.

A l'examen de l'appareil circulatoire, on constate que l'étendue de la matité cardiaque est augmentée. On sent mal les battements de la pointe du cœur, dont le choc est diffus. A l'auscultation, on trouve un énorme frottement péricardique, à timbre de cuir neuf, s'étendant sur toute la région précordiale. Les bruits du cœur sont affaiblis, le pouls est petit, irrégulier, sans qu'il existe de tachycardie.

A l'examen de l'appareil pulmonaire : obscurité du murmure vésiculaire à la base gauche.

28 octobre. — Devant cet état septicémique s'accompagnant de frottements péricardiques, on décide de pratiquer un examen radioscopique du malade. A l'écran, l'ombre cardiaque est augmentée d'étendue, débordant le bord droit du sternum. Sa forme est irrégulière, avec sur le bord gauche, une encoche nette. Les bords de l'ombre ne sont pas franchement pulsatiles, mais présentent de véritables ondulations, surtout au niveau du ventricule gauche. Le pédicule du cœur paraît élargi. L'expansion diaphragmatique est normale. Rien à signaler dans l'aire pulmonaire.

Malgré les résultats de la radioscopie qui semblent peu favorables à l'hypothèse d'un épanchement péricardique, une ponction du péricarde est pratiquée par la voie sous-xiphoidienne. L'un de nous, avec le plus petit trocart de l'appareil Potain, pratique la

paracentèse sous anesthésie locale, mais la ponction ne ramène pas de liquide. Une nouvelle tentative est également infructueuse.

**29 octobre.** — Confirmant les résultats négatifs de l'examen radioscopique et de la ponction, l'état du malade paraît s'améliorer; la température s'abaisse à 37°,6, n'atteignant les deux soirs suivants que 38°,4. L'état infectieux est moins marqué.

**31 octobre.** — L'état s'aggrave. Dans la journée, de 37°,7 la température s'élève à 40°, tandis que le facies prend de nouveau un aspect inquiétant. Le visage est plombé, couvert de sueurs. Le malade geint quand on l'examine et, quand on veut le faire asseoir, il devient dyspnéique et ses lèvres se cyanosent. Cependant, on ne trouve point de changement appréciable à l'examen du cœur; la matité précordiale ne paraît pas s'être considérablement agrandie; le frottement péricardique subsiste, les bruits du cœur sont mous, mais perceptibles. Contrastant avec les signes de myocardite et l'élévation de la température, le pouls est relativement ralenti.

A l'examen des poumons, on trouve de la matité aux deux bases en arrière, avec une diminution notable du murmure vésiculaire.

**2 novembre.** — L'état reste stationnaire, caractérisé par une fièvre toujours élevée, le facies infecté, les arthralgies persistantes et la participation péricardo-pleurale au processus. On décide alors de recourir à la méthode de Fochier et l'on pratique dans la cuisse droite un abcès de fixation (2 centimètres cubes d'essence de térébenthine).

**4 novembre.** — La veille, l'aggravation de la dyspnée nous fait penser à l'existence d'un épanchement pleural : une ponction exploratrice faite du côté gauche ramène un liquide séro-fibrineux. La thoracentèse avec l'appareil de Potain retire 500 centimètres cubes de liquide. D'autre part, le myocarde paraissant fléchir, on administre au malade 3 gouttes de solution de digitaline cristallisée, médication poursuivie les jours suivants. Le 4 novembre, craignant que l'obscurité des bruits cardiaques ne soit due à la présence d'un épanchement péricardique, on fait une nouvelle ponction du péricarde par la voie épigastrique avec une longue aiguille à ponction lombaire. A plusieurs reprises, la ponction reste blanche; on trouve seulement un coagulum fibrineux en passant le mandrin à travers l'aiguille (ensemencement négatif).

Injection de 15 centimètres d'électrargol.

Seconde thoracentèse pleurale : 300 centimètres cubes de liquide. T. 40°. P. 400.

8 novembre. — Depuis l'abcès de fixation, l'état infectieux paraît s'être amélioré. La température oscille maintenant autour de 39°, le pouls est à 96, assez mal frappé. L'aspect du malade est meilleur cependant, les arthralgies n'ont pas complètement disparu et le malade se plaint quand on le fait asseoir.

A l'examen du cœur : la matité cardiaque est toujours agrandie, on ne sent point battre la pointe du cœur. Le frottement est persistant, mais moins marqué. Les battements cardiaques sont affaiblis.

On trouve des signes d'épanchement pleural des deux côtés et l'on pratique une double ponction. Du côté gauche, on retire 300 centimètres cubes de liquide et 400 centimètres cubes du côté droit.

Incision de l'abcès de fixation : issue d'une quantité considérable de pus verdâtre ; l'ensemencement a été négatif.

A partir du 9, on remplace la digitaline par la caféine. La quantité d'urine est normale ; pas d'albumine.

15 novembre. — L'état général du malade s'est amélioré de jour en jour ; la température est descendue au-dessous de 38°. Les signes cardiaques et pulmonaires se sont amendés ; mais le pouls est toujours rapide et les battements du cœur un peu mous.

Durant toute l'évolution de la septicémie, rien de particulier n'a été observé du côté de la plaie sinusienne. On cesse le drainage et l'on panse à plat. On reprend le traitement par le salicylate de soude.

A partir de ce moment, le malade est entré en convalescence ; on l'a gardé six semaines à l'hôpital ; il a présenté simplement une poussée fébrile due à une angine légère et qui a cédé au salicylate de soude.

7 janvier 1914. — Le malade quitte l'hôpital guéri. La plaie opératoire est cicatrisée normalement.

**Examens de laboratoire :** L'hémoculture pratiquée deux fois a été négative, ainsi que l'ensemencement du coagulum fibrineux péricardique et du pus de l'abcès de fixation.

*En résumé*, chez un malade atteint de sinusite fronto-maxillaire, problemement ancienne et actuellement en réchauffement, ayant nécessité une opération, alors que tout semblait rentrer dans l'ordre, surviennent des phénomènes septicémiques et on assiste à l'apparition d'accidents multiples, intéressant successivement diverses séreuses, articulaires, puis péricardique

et pleurales. Ces localisations s'accompagnent d'un état général grave qui paraît entraîner un pronostic sévère pendant deux semaines : grâce à une thérapeutique appropriée et peut-être à la constitution particulièrement vigoureuse du malade, les divers symptômes s'amendent et la guérison survient, sans doute au prix d'une symphyse cardiaque.

Cette observation nous paraît présenter plusieurs particularités à signaler touchant la pathogénie des accidents septicémiques et l'action thérapeutique :

Tout d'abord, comment faut-il interpréter l'apparition des complications générales pendant la période post-opératoire d'une sinusite trépanée ?

Deux hypothèses : Ou bien, chez ce malade atteint de sinusite ancienne et réinfectée, l'intervention a produit un véritable ensemencement en déversant dans le sang circulant des staphylocoques ou des toxines. Sans insister sur le diagnostic de suppuration méningo-encéphalique qui put être un instant envisagé, en incriminant une ostéite circonscrite de la table interne, la brusque atteinte des séreuses articulaires pouvait faire croire à la dissémination d'embolies microbiennes. Puis, cette dissémination s'étendant, l'infection atteint d'autres séreuses, le péricarde et les plèvres. Cette hypothèse fut bien notre idée directrice quand survinrent les phénomènes septicémiques, à noter l'action de l'abcès de fixation qui paraît avoir été des plus efficaces.

Ou bien, seconde hypothèse, il faudrait envisager d'une manière toute différente la succession des accidents présentés par le malade. En effet, ne pourrait-il pas s'agir dans notre cas d'une entité clinique nettement définie et survenant par coïncidence ou sans relations causales évidentes chez un opéré de sinusite banale ? La brusquerie des phénomènes articulaires du début coïncidant avec une fièvre élevée, leur passage d'une articulation à une autre et l'absence de suppuration, la rapidité de l'apparition des complications cardiaques graves, péricardite sèche, myocardite, devait nous orienter également vers l'idée que cette septicémie supposée se rattachait à un rhumatisme articulaire aigu et non à un pseudo-rumatisme infectieux. *La gonococcie pouvant*



*être éliminée*, il n'est pas impossible que la seconde hypothèse soit exacte. Car, contre l'idée d'accidents septicémiques par staphylococcémie, il faut insister sur l'absence complète de toute suppuration en dehors de la plaie opératoire qui évolua de son côté de façon absolument normale, l'existence d'une péricardite à exsudat fibrineux et amicrobien, la nature séro-fibrineuse des épanchements pleuraux, enfin le résultat de deux hémocultures pratiquées à des moments critiques de la maladie.

D'après ce que nous savons de la porte d'entrée probable de l'agent microbien du rhumatisme articulaire aigu, on peut admettre que le rhino-pharynx malade a permis à des microbes divers de coloniser dans des voies différentes : les staphylocoques infectant les sinus, les agents du rhumatisme évoluant dans la suite pour leur propre compte. Mais il convient de faire remarquer que, chez notre malade, le salicylate de soude à haute dose s'est montré relativement peu efficace; seule la méthode de Fochier nous a paru juguler la maladie. Il semble donc difficile de conclure.

Il n'en est pas moins intéressant de montrer que diverses interventions thérapeutiques n'ont pas été inutiles pour éclairer le diagnostic et pour contribuer à l'heureuse issue de la maladie. C'est ainsi que lorsque nous avons supposé un instant l'existence d'un épanchement péricardique, nous avons fait la ponction du péricarde suivant le procédé de Marfan que l'un de nous a décrit dans sa thèse (1).

Pratiquée deux fois sur notre malade, elle est restée *inoffensive* et a démontré l'absence de liquide dans la séreuse, ainsi que l'évolution clinique l'a confirmé. Notons que nous avons efficacement lutté contre l'asthénie cardiaque par l'application de glace sur le cœur et l'administration de digitaline à doses minimales mais répétées quotidiennement. Sur notre courbe de température, il semblerait nettement que la défervescence ait commencé dès que l'abcès de fixation se fut collecté.

Une fois l'abcès incisé, la courbe de température se rapprocha de jour en jour de la normale et, quand la sup-

(1) G. BLECHMANN, *Les épanchements du péricarde*. Th. de Paris, 1913.

puration se fut tarie, la température avait à peu près atteint 37°. Il est indéniable que dans des septicémies à localisations multiples et à évolution menaçante, l'abcès de fixation contribue singulièrement à localiser et à atténuer le processus infectieux.

## DE LA VOIX PHARYNGÉE

Par **RICARDO BOTEY** (Barcelone).

L'année 1913, je présentai à la *Real Academia de Medicina* de Barcelone, à la *Academia y Laboratorio de Ciencias medicas* de Catalogue, et à la *Sociedad Barcelonesa de otorringologia*, trois différents malades opérés de laryngectomie totale, pour cancer du larynx, qui parlaient à haute voix, de timbre intense, perceptible à plus de vingt mètres de distance, au moyen d'un appareil phonatoire que j'avais imaginé, et dont je me suis déjà occupé dans un travail antérieur.

En juin 1914 j'ai présenté à la *Real Academia de Medicina* et à la *Sociedad Barcelonesa de otorringologia* deux nouveaux opérés d'extirpation totale du larynx, qui étaient parvenus à parler à haute voix, d'une façon parfaitement compréhensible, sans aucun appareil, en utilisant un mécanisme naturel : « la voix pharyngée ».

Le professeur Gluck, de Berlin, s'exprime ainsi à propos de cette question (1) : « Par le moyen d'exercices d'accommodation et d'éducation, les patients acquièrent une voix pharyngienne, une « pseudo-voix ». Ils parlent sans l'air de leurs poumons, et en expulsant de manière convenable, vers les lieux de l'articulation des mots, l'air contenu dans les cavités buccale et pharyngienne ; pour ce faire, ils mettent en activité de façon instinctive les muscles de ces régions.

« Le volume de cet air peut être augmenté par déglutition de nouvelles quantités d'air, de telle sorte que la partie supérieure de l'œsophage arrive à former un sac aérien rétrotrachéal, une espèce de soufflet, d'où l'air est convenablement expulsé par action musculaire. Cet air, en passant par les replis muqueux du pharynx, produit un son de tonalité grave, ou un bruit bien appréciable.

(1) « *Halskrankheiten. Die chirurgische Therapie des Kehlkopfkarzinoms* » von Geheimrat Prof. Dr. Th. Gluck und Dr. J. Sørensen (*Jahreskurse für ärztliche Fortbildung*, nov. 1912.).

« Si le patient articule en séparant bien chaque syllabe avec lenteur, en conservant, au commencement des exercices, l'attitude d'inspiration, il finit, peu à peu, par posséder une parole claire et notablement intelligible, à tel point qu'elle peut être entendue par téléphone, le malade pouvant, quant à son langage, reprendre ses occupations habituelles.

« Même les malades à qui l'on a extirpé le larynx et l'œsophage peuvent acquérir, par éducation, cette pseudo-voix, non seulement quand on a reconstitué par autoplastie cutanée le conduit pharyngo-œsophagien, mais simplement quand on place un entonnoir en caoutchouc sur la plaie du pharynx et de l'œsophage, comme nous le faisons toujours avant l'autoplastie occlusive.

« Dans de semblables cas l'air est régurgité et expulsé de l'estomac et de la portion intra-thoracique de l'œsophage, et le bruit intense ainsi produit ne demande qu'à être articulé convenablement pour devenir des paroles intelligibles.

« D'après notre expérience, quand les centres cérébraux sont intacts, l'homme n'utilise pas pour parler la langue ni le larynx à sa partie pharyngienne ou œsophagienne, mais seulement dans sa portion plus supérieure ou base; cette zone constitue l'organe d'articulation le plus important. Au moyen de l'action musculaire, les tons ou bruits qui arrivent en ce lieu se transforment en mots clairs et distincts. »

A mon avis, malgré que quelques malades n'arrivent pas à se faire comprendre avec leur seule voix pharyngienne, parce qu'ils n'ont pas eu le loisir ou la patience nécessaire pour apprendre à parler de la nouvelle façon, j'ose croire aujourd'hui que la plupart de ces individus peuvent posséder cette voix pharyngienne, en s'exerçant convenablement pendant deux ou trois mois, comme il vient d'arriver à deux de mes derniers opérés de laryngectomie totale.

La nature, renouvelant encore une fois l'aphorisme que *la fonction crée l'organe*, improvise donc une glotte avec les éléments qui lui restent : la base de la langue, les piliers antérieurs et le voile du palais. D'après mes observations, cet espace se rétrécit, l'isthme du gosier se transforme en une petite fente de lèvres vibrantes à la façon d'un sphincter; car

personne n'ignore qu'il existe des sphincters sonores, comme celui des lèvres pendant l'action de siffler.

La voix pharyngienne n'est donc en réalité qu'une adaptation d'un mécanisme de ce genre qui ressemble à celui de l'éruption ; ainsi on pourrait même qualifier la voix pharyngienne de *voix éructante*. Il en est tellement de cette façon que je suis en train de faire des expériences d'entraînement, par lesquelles je gonfle artificiellement d'air la portion intrathoracique de l'œsophage et même la cavité gastrique, dans le but qu'il en résulte une locution prolongée et une parole plus intense. Cette insufflation est obtenue au moyen de la double poire de Richardson et d'une sonde de caoutchouc introduite dans l'œsophage.

La quantité d'air ainsi introduite ne doit pas être grande, car le malade se trouverait gêné que par une sensation de compression assez pénible, et en outre il ne pourrait maîtriser à volonté le débit d'air.

L'œsophage et l'estomac une fois habitués à cette distension périodique, le patient apprend plus facilement à avaler de l'air avant de parler, finissant quelquefois par devenir aérophage ; cependant, je ne crois pas que cela puisse, le temps aidant, occasionner une gastroectasie qui prédispose à un cancer de l'estomac, car le volume d'air avalé n'est jamais considérable et celui-ci occupe constamment la partie supérieure de cet organe.

En outre, pour l'articulation d'un mot et surtout pour la production d'un son, il ne faut, heureusement, que très peu d'air. Les artistes lyriques et les professeurs de chant le savent bien : un ténor, par exemple, dépense une quantité d'air si exiguë pendant l'émission de ces splendides notes du registre aigu, que la flamme d'une bougie placée devant ses lèvres ne fait pas le moindre mouvement d'oscillation.

Les choses étant ainsi, l'air contenu sous l'isthme du gosier suffira, habilement économisé, pour l'articulation d'un ou deux mots, et celui recueilli dans la première portion de l'œsophage, pour la prononciation d'une phrase.

S'il est certain qu'avec mon appareil phonatoire la voix d'un opéré d'extirpation totale du larynx est bien plus robuste

que la voix pharyngée, il n'est pas moins vrai que celle-ci est suffisante pour les relations vocales de l'intimité, car la voix est claire et intelligible à courte distance, et le malade ne doit jamais l'aider de signes ou de l'écriture.

Cette parole modeste fut très bien comprise par une quarantaine de nos collègues, qui entouraient nos deux malades lors de leur présentation à la *Real Academia* et à la *Sociedad Barcelonesa*. Je leur fis même lire un petit discours, dont aucune parole n'échappa à nos confrères.

Pour l'acquisition de cette voix pharyngée (préférée de presque tous les opérés de ce genre, puisqu'elle n'oblige au port d'aucun appareil impossible à dissimuler), il faut des exercices progressifs, persévérants, pendant au moins deux mois, comme nous l'avons déjà dit plus haut.

Au commencement j'exerce mon malade à la prononciation des différentes voyelles, ce qui me demande une semaine. Puis j'y joins les principales consonnes, surtout les labiales (P, B, V), les linguales (L, R, T) et labio-dentales, plus faciles à prononcer, en articulant bien distinctement les syllabes d'une façon énergique et martelée. La troisième semaine me sert à la prononciation syllabique des consonnes gutturales, nasales, etc., un peu plus difficiles, associées aux diverses voyelles.

Finalement, je passe à la prononciation saccadée et bien accentuée des mots composés de plusieurs syllabes, en exagérant les mouvements nécessaires, pour que les mots soient bien distincts, car si le patient prononce comme à l'ordinaire, le ton fondamental et la quantité d'air étant ici faibles, il ne produira qu'un bredouillement dont seulement quelques mots seront compris.

Cette pseudo-voix est, d'après mon expérience, plus promptement apprise quand le malade possède une oreille musicale et un certain talent d'imitation. Alors, s'il a la chance de pouvoir s'exercer sous la direction d'un professeur de phonétique et surtout s'il est mis en contact d'un de ces opérés qui parle bien distinctement avec la voix pharyngée, l'apprentissage est très court.

Ces malades, pouvant parler par leurs seules ressources, ne

sont pas obligés, pour la plupart, au port d'une canule, puis-que, après la méthode de Gluck, la nécrose des anneaux de la trachée, inévitable dans les autres méthodes, ne survient que rarement; l'ouverture trachéale guérit donc sans tissu cicatriciel rétractile.

Ces malades possèdent ainsi l'avantage de respirer constamment par la stomie trachéale béante; ils peuvent donc parler sans larynx artificiel, la canule de celui-ci n'étant placée que très rarement, quand le patient a absolument besoin de se faire comprendre à grande distance et quand il veut montrer le fonctionnement de son appareil, quelquefois aussi quand le malade n'aura pas obtenu, par manque d'entraînement ou d'adresse, une parole claire et distincte avec la voix pharyngienne.

L'expérience m'a en outre démontré que chez ces non-porteurs de canule il faut éviter la possible occlusion de l'ouverture trachéale pendant le sommeil. Celle-ci, même étant très large, se rétrécit beaucoup dans certaines positions, telles que l'extension exagérée de la tête, sa flexion ou sa torsion. Puis les draps et les couvertures du lit peuvent se placer devant l'ouverture trachéale, empêchant plus ou moins le passage de l'air. Finalement, chez quelques-uns de ces opérés, la stomie trachéale tend, peu à peu, à se rétrécir, de manière qu'au bout de quelques mois on est obligé de mettre une canule ou de pratiquer mon opération plastique, dont j'ai parlé dans un travail antérieur, destinée à maintenir béante cette ouverture du cou.

Pour éviter ces désagréments, je considère convenable l'introduction, pendant le séjour au lit, d'une canule en caoutchouc dans la trachée. Cette canule, que m'a fabriquée M. Porgès, de Paris, est de calibre plus fort que les canules ordinaires de trachéotomie; possédant de 13 à 16 millimètres de grosseur, elle maintient largement dilatée la stomie trachéale.

Ma canule fait saillie à l'extérieur du pavillon, où elle forme un rebord, destiné à maintenir les pièces du pansement, dans les cas où on veut aussi l'utiliser immédiatement après l'opération. Cette canule, étant molle et flexible, ne gêne pas les mouvements et ne peut faire de décubitus. En outre, la portion

qui dépasse le pavillon rend difficile que l'ouverture puisse se boucher par une des causes mentionnées.

*Conclusions :*

1° Les malades opérés d'extirpation totale du larynx peuvent se faire comprendre avec une autre voix naturelle, en utilisant l'air contenu dans le pharynx inférieur et dans l'œsophage.

2° Dans ces cas, la base de la langue, le voile du palais et les piliers rétrécis font l'office de glotte.

3° La plupart de ces malades préfèrent parler médiocrement avec la voix pharyngée que bien avec un appareil phonatoire, malgré la locution plus intense obtenue.

4° Des exercices d'entraînement sont nécessaires pour acquérir la voix pharyngée, dans l'espace de deux à quatre mois.

5° Il existe des patients qui ne parviennent pas à parler distinctement avec la voix pharyngienne.

6° On peut augmenter la provision d'air nécessaire à la production de la voix pharyngée en insufflant dans l'œsophage et l'estomac de l'air, ce qui facilite le débit de longues phrases.

7° Les appareils phonatoires seront utilisés pour parler à distance et aussi dans le cas où l'opéré n'aura pas su se créer une voix pharyngée bien compréhensible.

8° Les malades à voix pharyngienne pourront se passer de canule. Uniquement, par précaution, ils en mettront une en caoutchouc pendant le sommeil.

Somme toute, la voix pharyngée des individus sans larynx est réellement une voix parfaitement compréhensible, que l'on doit tâcher toujours d'obtenir chez les opérés de laryngectomie totale, car elle constitue un avantage considérable, rendant ces patients à la société en leur permettant de reprendre leurs occupations habituelles.

---



## SOCIÉTÉS SAVANTES

---

### SOCIÉTÉ D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 18 janvier 1913 (1).

ELJEISSON présente une fillette de douze ans se plaignant de toux et de raucité de la voix datant de deux ans. Mauvais état général. A la joue gauche, à l'avant-bras et à la jambe du même côté, on voit des infiltrats disséminés de la peau et des escarres. La luette manque. Cicatrice blanchâtre rayonnée à la paroi postérieure du pharynx. Épiglotte infiltrée et déformée; la région des cartilages aryténoïdes, des bandes ventriculaires et des cordes vocales est infiltrée; le bord libre des cordes est ulcéré; espace sous-glottique également infiltré. La malade n'étant en observation que depuis la veille, l'auteur s'abstient de faire un diagnostic ferme avant l'examen des expectorations et le résultat de la réaction de Wassermann; mais les infiltrations de la peau, pense-t-il, font croire à une infection mixte.

#### *Discussion.*

NIKITINE considère le cas comme une affection syphilitique d'origine héréditaire en faveur de laquelle parlent les cicatrices de la paroi postérieure du pharynx, l'absence de la luette et les lésions cutanées ayant les caractères de la rupia syphilitique.

KATZ pense qu'il s'agit d'une syphilis acquise.

ERBSTEIN dit que les lésions laryngo-pharyngées (anciennes cicatrices à côté d'infiltrations récentes) n'excluent pas la possibilité du lupus.

OKOUNEF dit que, quoiqu'on ne puisse pas nier la possibilité d'une syphilis acquise, tout porte à croire qu'on se trouve en présence d'une lésion héréditaire, mais il n'admet pas une association avec la tuberculose.

MEEROVITCH. — **Angiome de la luette.** — Jeune fille de quinze ans, n'accuse aucun phénomène désagréable; est adressée

(1) Compte rendu par Trivas, d'après *Ejeniedelnik*, n° 2, 1913.

à la clinique par l'inspecteur des écoles. L'examen révèle une luelle augmentée trois fois de volume, avec des dilatations variqueuses à forme irrégulière. La tumeur a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz amène du sang pur; cette petite opération donne lieu à une assez abondante hémorragie. *Diagnostic* : angiome, très rare dans cette région. En l'absence de phénomènes subjectifs quelconques, l'auteur croit prudent de s'abstenir de toute intervention.

NIKITINE rappelle, à ce propos, un cas d'angiome de l'amygdale droite, récemment observé par lui et qui ne donnait lieu à aucune sensation subjective. Il conseille donc l'abstention de toute mesure thérapeutique.

RYDNIK dit que l'angiome peut être accidentellement blessé à la déglutition d'aliments solides et occasionner une violente hémorragie. Il faut tenter de provoquer la coagulation du sang par l'injection d'une substance coagulante, telle que le perchlorure de fer.

HECHELINE demande s'il ne serait pas rationnel de lier la carotide externe.

ERBSTEIN dit que la région où est situé l'angiome est fournie par des rameaux de l'artère palatine, de l'artère tonsillaire et de la pharyngée ascendante qui ont de nombreuses anastomoses; il est donc peu probable qu'on obtienne une ischémie de la tumeur par la ligature de la carotide externe.

OKOUNER rappelle le cas de Philips qui enleva avec succès un angiome à l'anse galvanique. On pourrait faire des injections d'adrénaline d'après la formule de Rhodes, mais il craint que la ponction avec l'aiguille ne provoque une hémorragie.

ROUBINSTEIN rappelle les heureux résultats obtenus par les Américains dans le traitement ce genre de tumeurs pharyngées par la radiothérapie et le radium.

KATZ présente un malade atteint d'une **stomatite très prononcée** dont il n'a pu élucider la nature, ni l'étiologie. Il s'agit d'un étudiant de vingt ans se plaignant de douleurs à la déglutition depuis trois jours. L'affection a débuté, cinq jours auparavant, par l'apparition à la lèvre inférieure de vésicules blanchâtres qui s'ulcérèrent rapidement. Lèvres tuméfiées recouvertes de croûtes. Sur la muqueuse des lèvres et des joues sont disséminées des ulcérations de dimensions variables, les unes superficielles, d'autres profondes, recouvertes d'un enduit blanchâtre. Pas d'odeur fétide, ni de salivation, ni de phénomènes généraux; température nor-

male. L'auteur pensait à la stomatite aphteuse, d'autant plus que le malade venait de faire un séjour dans une localité où sévissait la fièvre aphteuse, mais l'absence d'autres phénomènes de cette affection contredit ce diagnostic.

NIKITINE croit qu'il s'agit d'une stomatite sous la dépendance de troubles gastro-intestinaux.

OKOUNER est porté à considérer cette forme comme une stomatite aphteuse. Si le malade a suivi un traitement les phénomènes ne peuvent être caractéristiques.

HECHELINE. — **Traumatisme de la lame papyracée.** — Jeune fille de vingt-deux ans atteinte d'une hypertrophie considérable des deux cornets moyens avec céphalées, anosmie, etc. L'auteur propose une opération qui est acceptée. En détruisant avec le conchotome les cellules ethmoïdales antérieures du côté droit, la malade, dont la tête était maintenue par un aide, se pencha brusquement en avant; l'instrument, qui se trouvait en ce moment dans la cavité ethmoïdale, fut poussée en arrière. Aussitôt la malade porta la main à l'œil droit qui commençait à se fermer, et l'on assista à la formation presque instantanée d'un œdème considérable des deux paupières. La cavité nasale fut tamponnée et un pansement compressif appliqué sur l'œil. L'auteur explique la formation de l'œdème des paupières par un traumatisme de la lame papyracée et des vaisseaux veineux et lymphatiques auxquels elle livre passage.

LIBINE. — **Un cas de tuberculose laryngée dans la première enfance.** — (Sera analysé.)

*Séance du 8 février 1913.*

ZIBERT. — **Ostéo-angiome de l'antre maxillaire.** — Jeune femme de 20 ans, a eu, il y a trois mois, une antrite maxillaire aiguë gauche. Un mois après, abcès périamygdalien qui fut ouvert. Peu après elle constata la présence d'une tumeur sur la voûte palatine. Se plaint de violentes céphalées dans la moitié gauche de la tête. L'anamnèse révèle un traumatisme sur la moitié gauche de la face.

*Status præsens* : Obstruction de la fosse nasale gauche. Cornet supérieur tuméfié et arrive au contact du septum. Après cocaïnisation il se forme un étroit passage au fond duquel se voit du pus. Une tumeur mamelonnée occupe toute la moitié postérieure de la

voûte palatine et empiète sur le voile; elle est de coloration bleuâtre et parcourue par de nombreux vaisseaux. Le néoplasme paraît formé de deux parties: une postérieure dure, et une antérieure de consistance molle et donnant au toucher une sensation de fluctuation. Une ponction de la partie antérieure de la tumeur a donné issue à une petite quantité de sang liquide. On n'a pas réussi à ponctionner l'antré, mais en retirant le trocart du nez, on y constata beaucoup de pus. L'auteur suppose qu'il s'agit d'un *ostéo-angiome*.

HECHELINE combat le diagnostic d'ostéo-angiome. La dilatation veineuse dans la région du palais et du voile est trop peu marquée pour qu'on puisse parler du caractère angiomatoux de la tumeur; elle serait le résultat d'une gêne de la circulation de retour, c'est-à-dire d'origine purement mécanique. Si, malgré tout, il s'agit d'une tumeur primitive de l'antré d'Highmore, le cas de M. Z. serait des plus rares. Sur 198 cas d'ostéomes connus dans la science et émanant des cavités accessoires, dans 10 seulement on a pu établir avec exactitude l'origine highmoriennne du néoplasme.

OKOUNER dit qu'avant tout il importe de résoudre les deux questions suivantes: 1° La tumeur est-elle maligne ou non? et 2° Quelle est son origine? Provient-elle de l'antré d'Highmore ou du périoste de sa paroi latérale? Le développement rapide de la tumeur (trois mois pour atteindre ses dimensions actuelles) et les douleurs irradiées parlent en faveur d'une tumeur maligne. En ce qui concerne son origine, il est plus que probable qu'elle a pris naissance dans la paroi latérale du sinus. A l'heure actuelle, la tumeur, après avoir perforé l'os, occupe une partie de la cavité antrale, ainsi que le montre la radiographie. En raison de la marche rapide du néoplasme et des violentes douleurs irradiées, M. OKOUNER croit qu'il s'agit d'un ostéo-angiosarcome.

ROUBINSTEIN. — 1° *Syphilis du nez*. — Jeune femme âgée de 25 ans. Mariée depuis deux ans. Deux fausses couches. Se plaint de douleurs dans le nez et d'une gêne de la respiration. Le mari se soigne par des frictions mercurielles. Face interne de l'aile gauche du nez infiltrée et ulcérée; cornets moyens et inférieurs transformés en une masse néoplasiforme. Wassermann négatif. Réaction de van Pirquet également négative. L'examen microscopique d'un premier fragment enlevé révéla une lésion tuberculeuse; celui d'un second morceau décela un granulome. Malgré le Wassermann négatif et le résultat contradictoire de l'examen histologique, en s'appuyant

sur l'anamnèse et les signes cliniques, l'auteur traite le cas comme syphilitique et prescrit un traitement antisypéique. Le résultat favorable obtenu a confirmé le diagnostic.

**2° Otite interne syphilitique.** — F. B., 38 ans, se plaint d'une dureté de l'ouïe à marche progressive datant de 7 ans. Syphilis à 27 ans. Il y a 6 ans grave traumatisme : a été entraîné par une voiture de tramway sur une longueur de 40 mètres. Examen de l'ouïe : voix parlée à droite 0<sup>m</sup>,50; à gauche 0<sup>m</sup>,25. Voix chuchotée 0 des deux côtés. Montre 0. Rinne négatif. Schwabach raccourci. Le diapason n'est perçu qu'à partir de C<sub>2</sub> pendant 5<sup>r</sup> seulement. Appareil vestibulaire : rotation à gauche : nystagmus horizontal à gauche — 45°; rotation à droite — 33°. Épreuve calorique : après lavage de l'oreille gauche, nystagmus horizontal de 43° de durée; à droite nystagmus très prononcé après 50 centimètres cubes de liquide d'une durée de 1' 15". On se trouve ici en présence d'un tableau caractéristique de l'otite interne syphilitique avec abolition progressive de la fonction de l'appareil cochléaire et intégrité complète de l'appareil vestibulaire.

**3° Otite interne syphilitique atypique.** — Femme âgée de 34 ans. Vient consulter pour des céphalées droites avec larmoiement de l'œil gauche et obstruction nasale du même côté. Il y a un mois, abcès sous l'œil gauche qui après avoir été ouvert, a laissé une fistule. Syphilis il y a 5 ans. A l'heure actuelle céphalées violentes et vertiges. Réaction de Wassermann — + 4. Ouïe : Voix chuchotée à 5 mètres. Rinne positif. A la rotation à droite, nystagmus 11°; à gauche, pas de nystagmus. La réaction calorique montre que l'appareil vestibulaire droit peut être complètement éliminé. Il s'agit donc, dans ce cas, d'une forme atypique d'otite interne syphilitique, où, avec une intégrité complète de l'appareil cochléaire (voix chuchotée à 5 mètres), l'appareil vestibulaire est manifestement absent.

VILTCHOUR dit que la réaction calorique n'est concluante qu'après emploi de 2000 centimètres cubes de liquide.

LEVINE dit que ces deux cas mis en parallèle acquièrent un intérêt particulier. Dans ces temps derniers la labyrinthite syphilitique a attiré d'une façon particulière l'attention des auristes. Cet intérêt a été surtout provoqué par le fait que, avec l'application de l'arsénobenzol chez des syphilitiques, on a constaté une recrudescence de cas d'otite interne. Un problème se posait donc : ces labyrinthites sont-elles sous la dépendance d'une intoxication par

l'arsénobenzol ou de l'affection fondamentale? Cette question, mise en avant par Beck, est loin d'être résolue à l'heure actuelle, mais elle a eu le mérite de nous faire prêter plus d'attention aux lésions syphilitiques de l'oreille interne. Les 2 cas de M. R., qui viennent de la clinique de l'opinant, offrent un intérêt particulier. Dans le premier un homme manifestement syphilitique est atteint, 6 ans après l'infection, d'une otite interne bilatérale; l'examen fonctionnel montre une abolition presque complète des fonctions de l'appareil limacéen, tandis que la partie vestibulaire du labyrinthe avait conservé son excitabilité. Une telle affection de l'oreille interne est considérée aujourd'hui comme caractéristique de la syphilis. Dans le second cas, la lésion de l'oreille interne, dont l'origine syphilitique ne fait non plus aucun doute, présente un tout autre tableau : l'appareil limacéen est absolument intact, tandis que l'appareil vestibulaire est gravement atteint. Ces lésions rétrolabyrinthiques dans la syphilis sont assez rares et méritent une attention particulière.

JIRMOUNSKI cite un fait qui montre combien il est difficile de résoudre la question, si la labyrinthite dépend du processus syphilitique ou du traitement par le salvarsan. Dans son cas, un jeune homme, infecté 2 ans auparavant de syphilis, fut atteint d'une surdité subite. L'examen a relevé une lésion simultanée des appareils vestibulaire et cochléaire. Le malade n'a pas subi de traitement par le 606. M. LEVINE, sans nier que le salvarsan affecte le plus souvent l'appareil vestibulaire, et la syphilis l'appareil cochléaire, dit que ce fait ne saurait être admis comme règle.

**OKOUNER. — Cas de périchondrite serpigineuse post-opératoire du pavillon de l'oreille. (Sera analysé.)**

*Séance du 8 mars 1913.*

LEVINE. — Jeune homme, âgé de 23 ans, vint le 28 février 1913 consulter pour une surdité absolue bilatérale avec bruits subjectifs et vertiges datant de 4 ans et consécutive à un traumatisme grave sur la tête. L'accident fut suivi d'une violente hémorragie du nez, des oreilles et de la bouche qui a duré près de 4 heures. Il est resté dans le coma pendant 3 ou 4 semaines. Après avoir repris connaissance, il constata qu'il était complètement sourd des deux oreilles. A cause de vertiges qui le projetaient tantôt à droite, tantôt à gauche, il n'a pu marcher seul qu'au bout de 4 mois.

Lourdeur de tête et violents bruits continus. Les autres sens étaient également émoussés, mais à un degré moindre.

L'inspection des oreilles n'a révélé aucune altération appréciable des tympans; pas de cicatrices d'anciennes perforations. L'examen fonctionnel de l'ouïe a montré une surdité absolue des deux oreilles même pour les sons les plus forts, aussi bien par la voie aérienne que crânienne. Nystagmus spontané bilatéral en tournant les yeux de côté. La rotation dans l'un ou l'autre côté n'augmente pas l'intensité du nystagmus; il en est de même de l'épreuve calorique (300 centimètres cubes de liquide à 48°). Romberg: La marche en avant avec les yeux fermés: vacillation et inclinaison du corps à droite; la marche en arrière, avec les yeux fermés: inclinaison à gauche. Station sur un pied, les yeux fermés: chute en avant; l'inclinaison de la tête de 90° à droite ne modifie pas la direction de la chute. L'intérêt du cas réside surtout dans la présence d'un nystagmus spontané dans les deux côtés, fait difficile à interpréter. Les deux labyrinthes étant détruits, le nystagmus spontané ne peut s'expliquer par une excitation de ces derniers et l'on doit lui attribuer une origine cérébelleuse. On peut supposer que, dans le présent cas, le traumatisme provoqua une hémorragie ou une autre lésion du cervelet qui est la cause de rupture de l'équilibre et du nystagmus bilatéral.

YIRMOUNSKI dit que dans les cas récents de labyrinthite traumatique le pronostic, au point de vue de l'ouïe, est ordinairement plus favorable. Il cite à ce propos un cas personnel où, après 19 injections de pilocarpine, l'audition s'était notablement améliorée.

ZACHER dit que le mécanisme des fractures transversales de la base affectant les deux pyramides n'est pas habituellement le même que dans le cas de l'auteur: le plus souvent le traumatisme agit sur le crâne simultanément d'en bas et d'en haut.

GOLDSTEIN croit que l'hypothèse de la fracture de la base avec une fissure régulière passant d'un labyrinthe à l'autre est quelque peu artificielle. Il est plus probable que dans le cas de L. il y eut une hémorragie centrale dans le cervelet. Cette hypothèse expliquerait tout le tableau de l'affection, d'autant plus que pour le diagnostic d'une fracture de la base manquent des modifications dans le domaine du nerf facial.

KATZ. — **Enorme hypertrophie du cornet moyen.** — Femme de 45 ans. Ne se plaint d'aucun phénomène subjectif, mais demande à expliquer l'apparition, dans la fosse nasale gauche, d'une tumeur rouge constatée par son entourage. A l'inspection, on voit dans le

vestibule du nez une grosse masse rougeâtre qui descend jusqu'à l'orifice antérieur et est séparée par une petite fente de la cloison et par une autre, plus grande, du cornet inférieur. Cette tumeur rappelait par son aspect le cornet moyen et se portait en haut et en arrière dans la même direction que ce dernier. En l'absence du cornet moyen, l'auteur croit qu'il s'agit tout simplement d'une hypertrophie énorme de cette formation.

**HECHELINE. — Deux cas de névrite acoustique toxique. —**

**1° Neuritis acustica e chinino.** — Femme âgée de 26 ans. Fièvre typhoïde, il y a 3 ans. Quelques jours après avoir quitté l'hôpital où elle était restée 2 mois, la malade, souffrant de maux de tête, prit un cachet de 30 centigrammes de quinine. Aussitôt après, elle est prise de vertiges et de bourdonnements d'oreilles qui disparaissent bientôt. Depuis, la malade remarqua à plusieurs reprises qu'il lui suffisait d'avaler un cachet de quinine pour voir aussitôt apparaître les mêmes phénomènes. Dès la première prise du médicament elle constata une légère dureté d'oreille qui est allée en augmentant.

Les deux tympanes sont déprimés. Rinne négatif, montre 0 à gauche; à droite; voix parlée 0<sup>m</sup>,50. Appareil vestibulaire intact: nystagmus rotatoire — à droite horizontal = 52 secondes; à gauche 50 secondes. Réaction calorique: très marquée dès le début de l'épreuve. L'auteur admet qu'il s'agit d'une lésion de l'appareil cochléaire d'origine toxique (médicamenteuse).

**2° Névrite acoustique alcoolique.** — Homme, âgé de 39 ans, éthylique avéré. Après une abstinence complète de plusieurs années, il s'est livré à des excès de boisson pendant 20 jours et est resté ensuite longtemps sans connaissance. Bientôt après apparurent des bourdonnements continus dans les deux oreilles et le malade constata qu'il était devenu sourd. Aspect otoscopique des deux oreilles normal. A droite: voix parlée et montre 0; à gauche: voix parlée 1 mètre; montre 0. Rinne négatif. Appareil vestibulaire: rotation à droite et à gauche, nystagmus rotatoire = 30 secondes. Réaction calorique = 150 centimètres cubes. Le malade était donc atteint d'une lésion de l'oreille interne consécutive à une intoxication chronique par l'alcool. A l'opposé du premier cas, il s'agit ici d'une lésion au début de l'appareil vestibulaire.

ULICH pense que dans le premier cas la lésion de l'appareil cochléaire reconnaît plutôt pour cause l'infection typhique.

YRIMOUNSKI ne peut admettre que de si petites doses de quinine



(0<sup>gr</sup>,30) puissent provoquer une intoxication et encore moins une otite interne.

ZACHER cite le cas d'un jeune homme qui, peu après l'absorption d'une dose de 5 grains de quinine (0<sup>gr</sup>,30), fut pris d'hématémèses et de troubles cardiaques graves. Appelé le lendemain, il constata des hémorragies des gencives, des suffusions sanguines dans le pharynx et dans le voile du palais, une épiglote tuméfiée avec des pétéchies sur les cordes vocales et une tuméfaction œdémateuse de la muqueuse trachéale.

HECHLINE dit, en réponse, que chez sa malade on observait, non pas une intoxication chronique de l'oreille interne par la quinine, mais le développement rapide d'une affection de l'appareil cochléaire due probablement à une idiosyncrasie particulière du sujet pour ce médicament.

LEVINE. — Montre une malade avec **nystagmus oculaire d'origine non labyrinthique**.

BRAMSON. — **Un cas de rhinolalie ouverte avec un espace nasopharyngien de dimensions extraordinaires.** — L'intérêt du cas réside dans le fait que le malade, âgé de 30 ans, possède une cavité nasopharyngée qui mesure 3<sup>cm</sup>,3 de la luette à la paroi postérieure et 4<sup>cm</sup>,1 jusqu'à la voûte. A l'aide d'un miroir laryngoscopique on peut examiner le nasopharynx jusque dans ses moindres détails, sans comprimer la langue et à une distance considérable de la paroi postérieure. Le timbre nasal de la parole s'explique par le fait que le voile du palais ne prend aucune part à la production des sons. L'auteur se demande si ce défaut ne pourrait pas être corrigé par un obturateur qui fermerait l'espace nasopharyngien et servirait de résonnateur.

LEVINE. — **De la tuberculose du nez et des cavités accessoires.** (Sera analysé.)

LEVINE. — **Un cas de tuberculose de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal opéré par voie orbitaire.** (Sera analysé.)

*Séance du 29 mars 1913.*

LEVINE, à propos du cas de fracture de la base du crâne présenté par lui à la dernière réunion, dit que le malade a été exa-

miné par un neurologiste qui ne lui a trouvé aucun signe de lésion cérébelleuse. Le nystagmus bilatéral spontané qu'on observe chez le malade doit donc être considéré comme un phénomène physiologique qu'on observe souvent chez des individus normaux.

J. ZIBERT présente un malade à qui il a fait une cure radicale avec le procédé plastique d'après Molinié. M. OKOUNER, à propos de ce cas, juge utile de donner l'explication suivante : Le malade a subi la cure radicale, il y a deux mois. Sur son conseil, le Dr Zibert appliqua la méthode plastique de Molinié. Au bout de deux mois la cavité opératoire était complètement cicatrisée. Dans les trois cas personnels de M. OKOUNER, la cicatrisation a été aussi relativement rapide : deux mois dans le premier cas, trois mois dans les deux autres. M. OKOUNER recommande donc ce procédé à l'attention de ses confrères.

LEVINE. — **Atrésie congénitale des deux conduits auditifs.** — Les particularités de ce cas résident dans le fait que l'atrésie s'accompagne d'une configuration normale des deux pavillons et que la malade présente une non-oblitération du trou de Botal.

LEVINE. — **Os de canard ayant séjourné un an dans la trachée et extrait à l'aide de la trachéoscopie.** — La malade, âgée de 26 ans, se plaint d'avoir aspiré, il y a un an, un os de canard qui lui occasionne des sensations désagréables. L'aspiration du corps étranger a été suivie d'une violente dyspnée qui fit bientôt place à une gêne de la respiration qui persiste encore, surtout dans la station couchée. La voix est enrouée. Le lendemain bronchoscopie dans le décubitus, sans trachéotomie préalable. Le corps étranger était situé à 23 centimètres des incisives, c'est-à-dire à 2 ou 3 centimètres de la bifurcation; son diamètre étant plus grand que celui du tube, il n'a pu être extrait qu'avec le bronchoscope.

*Séance du 18 octobre 1913.*

BRAMSON — **Polype fibromateux de la fosse nasale gauche et du nasopharynx.** — Jeune homme de 14 ans. Toute la fosse nasale gauche est entièrement obstruée par des tumeurs polypeuses qui remplissent également le naso-pharynx. L'affection dure depuis deux ans et, dans cet espace de temps, les tumeurs se sont tellement développées vers l'extérieur que toute la moitié gauche de la face et la région highmorienne font une saillie très prononcée.

**KATZ. a. — Cas de maladie de Basedow compliqué d'altérations dans le larynx.** — La malade, âgée de 23 ans, fut admise à l'hôpital pour faiblesse de la voix. Goitre peu volumineux, mou et mobile. A la phonation, les cordes vocales laissent entre elles une étroite fente triangulaire. Dans la région des premiers anneaux de la trachée, sur la paroi antérieure, on voit une infiltration avec des vaisseaux distendus, les anneaux correspondants sont effacés.

**b. Cas de kyste du sinus maxillaire.** — Femme de 32 ans, se plaint d'une gêne dans la respiration du côté droit du nez et d'un écoulement de sécrétions liquides. L'examen révèle une tumeur dans la fosse nasale droite qui remplit encore davantage la cavité à l'inspiration forcée. La tumeur est molle et s'affaisse à la pression avec une sonde. Sinus maxillaire droit obscur à la transillumination. Une ponction exploratrice donne issue à une petite quantité de liquide jaunâtre, et est suivie d'un affaissement de la tumeur et du rétablissement de la respiration nasale.

S. ZACHER, à propos du premier cas, dit que l'infiltration siège non pas dans la trachée, mais dans la région sous-glottique.

RYDWKIN n'accepte pas le diagnostic de kyste du sinus maxillaire; ce diagnostic ne pourra être élucidé qu'au cours d'une intervention, si toutefois celle-ci a lieu.

**HECHELINE. — Affection insolite du larynx et de la trachée.** — Le malade, âgé de 23 ans, reçut, au cours d'une rixe, un coup de couteau dans la région cervicale gauche. A en juger d'après les altérations observées dans le larynx, le tranchant de l'instrument avait pénétré dans la cavité laryngée. Quelques jours avant de quitter l'hôpital, où il était resté deux mois, le malade fut pris, sans phénomènes prodromiques, d'un violent accès de suffocation ayant nécessité une trachéotomie immédiate. Deux années se sont passées depuis et il désire être débarrassé de la canule dont le port lui est très pénible.

*Examen laryngoscopique.* — Les cordes vocales, recouvertes par les bandes ventriculaires rouges et tuméfiées, sont à peine visibles dans leur tiers moyen. Les deux aryténoïdes sont mobiles, le gauche dépasse la ligne médiane et paraît se rapprocher de la commissure antérieure. A la phonation, en fermant la canule avec le doigt, on voit nettement les deux tiers moyens des cordes former un ovale; l'inspiration est absolument inexécutable. Un obstacle quelconque empêche évidemment l'air inspiré de pénétrer dans la trachée,

tandis qu'il n'existe pas pour le courant d'air expiré. L'exploration de la trachée dans la direction du larynx a montré qu'on ne pouvait introduire dans la cavité laryngée qu'une sonde très fine.

Pour expliquer cet étrange phénomène, l'auteur émet l'hypothèse qu'immédiatement au-dessus de l'orifice trachéal existeraient probablement deux membranes de nature cicatricielle, situées sous forme de battants de porte. Le courant d'air expiratoire les ouvre dans la direction de bas en haut; mais quand le malade, après avoir fermé la canule, essaie de respirer, ces valvules se pressent l'une sur l'autre et forment un obstacle infranchissable à l'air.

ROUBINSTEIN trouve que la gêne de la respiration chez le malade sans canule trachéale s'explique plutôt par le tableau que fournit l'examen laryngoscopique. L'aryténoïde gauche qui dépasse la ligne médiane et les excursions minima des aryténoïdes à la phonation et à l'inspiration indiquent une paralysie du récurrent gauche. Il est maintenant difficile d'établir si cette paralysie est sous la dépendance de la plaie cervicale reçue par le malade ou si elle a une autre origine.

LEVINE, à la clinique duquel le cas a été observé, a cherché à compléter l'examen par la laryngoscopie ordinaire, directe et en suspension. Toutes les trois méthodes l'ont convaincu qu'il s'agit ici, entre autres, d'une luxation du cartilage aryténoïde gauche. Pour expliquer la possibilité de la phonation en l'absence complète de respiration par le larynx, il suffit, selon lui, d'admettre l'existence de bourgeons charnus (comme ceux qu'on voit au-dessus de l'ouverture trachéale) disposés de telle façon qu'ils s'écartent à l'expiration et se rapprochent et se ferment à l'inspiration. La question de la nature de l'obstacle situé dans la trachée sera élucidée par la trachéoscopie rétrograde.

**LEVINE. — Cas de labyrinthite circonscrite avec un phénomène insolite du côté des pupilles associé au symptôme fistuleux.** — J. A., 32 ans. Surdité et otorrhée gauche depuis l'enfance. Depuis une quinzaine nausées et vertiges le matin et incertitude dans la marche. Lésions nécrotiques dans la région de l'attique. Voix chuchotée 0; montre 0. R. + W. à droite. Nystagmus spontané de caractère inconstant, tantôt bilatéral tantôt du côté malade. Rotation à droite — nystagmus horizontal, à gauche 31 secondes; rotation à gauche — nystagmus horizontal à droite 25 secondes. Symptôme de fistule — la pression sur le tragus ne provoque pas de nystagmus. A la compression de l'air avec un ballon on observe, au bout de 2 secondes, un nystagmus rotatoire très vif

à gauche; à la raréfaction de l'air, un nystagmus rotatoire à droite beaucoup moins marqué. On observe en même temps le phénomène suivant : *La compression du ballon s'accompagne d'une dilatation progressive des deux pupilles qui atteint bientôt son maximum et reste dans cette situation pendant toute la durée de la compression; aussitôt que celle-ci cesse, les pupilles reviennent immédiatement à l'état normal.* La raréfaction de l'air ne produit aucun changement dans les pupilles. L'auteur se propose de donner, à une des prochaines séances, l'explication de ce phénomène qui n'a encore été décrit par personne.

LEVINE. — **Cas de lésion traumatique du nerf vestibulaire et du facial avec un nystagmus spontané et rotatoire, mais inégal, des deux yeux.** — Homme, 22 ans, a reçu un coup de pieu sur la région temporale gauche, ayant provoqué une forte hémorragie du nez, de l'oreille gauche et de la bouche. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade souffrait de violents vertiges, surtout aux tentatives de lever la tête, et ne pouvait reposer que sur le côté sain. Aussitôt après le traumatisme, surdité du côté gauche, et, quatre jours après, paralysie faciale gauche. A l'heure actuelle, bruits continus dans la tête, céphalées et vertiges; surdité marquée du côté gauche et paralysie de toutes les branches du facial. Le nystagmus spontané et rotatoire présente les particularités suivantes : A la rotation des yeux à gauche, nystagmus spontané bilatéral mais inégal, beaucoup plus prononcé à gauche; à la rotation des yeux à droite, on observe seulement un nystagmus à l'œil droit, le gauche reste au repos. A la rotation, ce phénomène se traduit de façon suivante : rotation à gauche — nystagmus horizontal à l'œil droit pendant 35 secondes; à l'œil gauche, pendant 34 secondes. D'après l'auteur, l'anamnèse et l'examen autorisent l'interprétation suivante : Le traumatisme avait déterminé une labyrinthite gauche qui est actuellement disparue. Mais la labyrinthite était compliquée d'une lésion endocranienne qui persiste. Cette dernière, cause des vertiges, des céphalées, du nystagmus et de la paralysie faciale, se traduirait par un processus dans la région d'émergence de la moelle allongée du vestibulaire et du nerf facial. De même, le nystagmus original serait exclusivement d'origine intracrânienne.

**SOCIÉTÉ DES OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES DE MOSCOU (1)**

*Séance du 25 janvier 1912.*

**HEUKINE et METCHERSKI. — Un cas de laryngostomie.** — Jeune fille de 18 ans, ayant souffert de la gorge depuis sa première enfance. En 1909, perte progressive de la voix; en juillet 1910, admission à l'hôpital pour sténose du larynx et trachéotomie.

Examen laryngoscopique: fente glottique complètement fermée; l'air ne passe pas par les voies naturelles; voix chuchotée difficilement perceptible; aryénoïdes rapprochés comme à la phonation; bandes ventriculaires rouges; cordes vocales en adduction et immobiles. L'examen par la plaie trachéale révéla sur la paroi postérieure un séquestre qui était une partie nécrosée du cartilage cricoïde et qu'on enleva avec une pince. Opération dans la position de Rose; incision sur la ligne médiane jusqu'à l'ouverture trachéale; mise à découvert du cartilage thyroïde; ablation des masses cicatricielles qui obstruaient la lumière du larynx et étaient situées sur les parois latérales et postérieure. Alimentation liquide d'après le procédé de Semon. Après six mois et demi de dilatation la malade pouvait respirer par les voies naturelles. L'intérêt du cas réside dans le séquestre qui aurait pu être repoussé en bas avec toutes ses conséquences fâcheuses et dans la formation d'une poche aux dépens de la muqueuse. Les côtés négatifs sont les pansements longs et très pénibles.

**M. MALIOUTINE. — Salvarsan et surdité.** — L'auteur relate les observations de trois cas personnels, où, 2 mois après une injection intraveineuse de salvarsan, apparut une surdité très marquée. Deux malades sur les trois présentaient des symptômes labyrinthiques. Dans le premier cas, l'accident primaire remontait à trois mois. Les troubles auditifs étaient accompagnés de paralysie faciale. Dans les deux autres cas l'infection syphilitique remontait à 6 ans et à 11 mois. On sait qu'en ce qui concerne les effets du salvarsan sur le nerf auditif les opinions sont partagées. D'après Ehrlich qui nie l'action toxique du salvarsan sur l'acoustique, on n'a pas à craindre de neurorécidive, si le traitement par le 606 est institué dès le début.

(1) Compte rendu par Trivas, d'après *Ejeniedelnik*, avril 1912.

Cette assertion contredit manifestement le premier cas de l'auteur.

SCHNEIDER relate également un cas de syphilis où s'était développée une surdité complète, six semaines après la seconde injection intraveineuse de salvarsan.

HIRSCHBERG a observé dans le cours des trois derniers mois 3 cas d'affections du système nerveux après injection de salvarsan. Dans le premier cas, la surdité, survenue 2 mois après l'injection de 606, a rapidement rétrogradé au traitement mercuriel. Dans le deuxième, la paralysie faciale et la surdité unilatérale se sont aussi considérablement améliorées sous l'influence du même traitement. On eût été autorisé à en conclure qu'il s'agissait ici, non pas des effets toxiques du salvarsan, mais d'une lésion du système nerveux central ayant cédé au traitement mercuriel. Mais à cette hypothèse l'auteur oppose un troisième cas de lésions de l'appareil auditif, où les phénomènes ne se sont pas améliorés, malgré un énergique traitement mercuriel.

SOKOLOV. — **Un cas d'hydroporrhée nasale.** — En mars 1911, le malade fut pris d'un abondant écoulement de liquide de la fosse nasale gauche, qui depuis n'a cessé de se renouveler plusieurs fois par an. La quantité de liquide qui s'écoulait pendant chaque accès présentait la valeur d'une cuillerée à café, et dans les 48 heures celle de deux verres. La position de la tête n'influait pas la sécrétion. Analyse chimique : liquide limpide cristallin ; réaction alcaline ; albumine 0,02 p. 100. L'examen microscopique révéla quelques leucocytes polynucléaires ou des lymphocytes. L'absence complète de symptômes subjectifs parlait contre une affection du sinus sphénoïdal, frontal ou ethmoïdal. L'absence de céphalées et d'acromégalie permettait d'exclure une lésion cérébrale. Un examen radioscopique a montré sous la selle turcique quelque chose qui ressemblait à un néoplasme. Peu après, le malade a succombé à des phénomènes de méningo-encéphalite. En résumé, il s'agissait probablement d'une tumeur ayant usé l'os et déterminé un écoulement de liquide céphalo-rachidien.

*Séance du 29 février 1912.*

FELDMANN. — **Un cas d'angiome du pharynx.** — C'est en consultant un médecin pour un mal de gorge accidentel qu'il a appris de ce dernier qu'il avait une tumeur dans la gorge. Celle-ci ne lui occasionnait aucun phénomène désagréable et il en ignorait même l'existence. La tumeur, de la grosseur d'une prune et de

coloration bleu foncé, occupait toute l'amygdale gauche, adhérait d'un côté à la luette, de l'autre au pilier antérieur; elle descendait en bas le long de la paroi postéro-latérale jusqu'aux cartilages aryténoïdes et passait en partie sur la bande ventriculaire gauche. Les cordes étaient saines et mobiles; la voix claire.

**BIALO. — Du traitement de la dysphagie dans la tuberculose du larynx.** — L'auteur expose la technique des injections d'alcool dans le larynx supérieur. Il a pratiqué en tout 33 injections à 23 malades dont 11 seulement ont pu être régulièrement suivis. Dans tous les cas sans exception on obtenait après l'injection une anesthésie complète et profonde qui permettait aux malades de manger indifféremment des aliments liquides ou solides sans éprouver aucune douleur. Chez les onze malades observés, la durée de l'anesthésie variait de 15 à 32 jours; dans 4 autres cas elle a duré 7, 6, 5 et 2 jours. Un des malades eut le lendemain de l'injection une hémoptysie abondante, ce qu'il n'avait jamais eu auparavant. L'auteur explique ce phénomène par l'irritation du larynx supérieur par lequel passe un arc de réflexe très fort. Le même a présenté en même temps une parésie d'une branche supérieure du facial qui disparut au bout de 4 jours.

**MALIOUTINE. — Cure radicale de l'antrite frontale d'après un procédé simplifié.** — D'après l'expérience de l'auteur, le procédé Golievine peut, dans des cas heureux, ne pas donner de récurrences, surtout en raison de la grande tendance du canal naso-frontal à se rétrécir après l'opération. Le procédé de Killian donne aussi très souvent des récurrences: l'espace qui reste sous le pont osseux de l'orbite se comble très rapidement par des traînées de tissu conjonctif; les sécrétions provenant des vestiges de la cavité s'accumulent dans cet espace et donnent lieu à une récurrence de la suppuration. Parfois le pont se nécrose, et il se forme une fistule. La méthode de Killian nécessitant l'ablation de la voûte osseuse de l'orbite, rend possible une infection du tissu cellulaire de celle-ci; la trochlée est déplacée; il y a de la diplopie les premiers jours.

Le procédé de l'auteur, dont la technique est tellement simple qu'elle ne demande que 15 minutes, consiste dans la résection de la paroi antérieure du sinus frontal et du canal naso-frontal; le sinus et le canal nasal sont transformés en une seule cavité ouverte en haut; il va sans dire qu'on détruit les cellules



ethmoïdales antérieures et moyennes. Par ce procédé, l'auteur n'a pas eu à déplorer un seul cas de récidence.

TCHERTOW dit que ce procédé n'est pas applicable aux cas où la cavité sinusienne est profonde.

MALIOUTINE dit que le principe dominant de son procédé est de ne pas laisser de pont où le tissu conjonctif forme des cellules dans lesquelles se produit de la suppuration.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE  
SECTION D'OTOLOGIE

Séance du 15 mars 1912

Président : MILLIGAN

**Sur la valeur et la signification des épreuves de l'audition.**

— THOMAS BARR, *rapporteur*. — Les épreuves de l'audition ont des limites pour leur application (âge, par exemple). En règle générale la conduction osseuse prédomine sur la conduction aérienne chez à peu près deux fois autant de malades au-dessous de 30 ans qu'au-dessus de 50 ans. L'épreuve de Weber et l'épreuve de Rinne ne concordent pas dans tous les cas, comme par exemple dans les otites exsudatives sans perforation et dans le cas de cérumen. Pour l'examen du Rinne, Barr conseille le diapason C 128 v. d. et le diapason C 256 v. d. Un Rinne négatif très prononcé avec des diapasons élevés rend presque certaine l'existence d'une affection de l'appareil conducteur. Dans les affections unilatérales, le Rinne et le Weber donnent des résultats incertains à cause de l'impossibilité d'exclure la conduction osseuse du côté sain. Le Rinne est surtout utilisable quand l'audition est tombée à moins de 1 mètre pour la voix chuchotée. Enfin Barr constate que nous ne possédons pas encore une formule assez simple pour l'annotation des épreuves de l'audition.

SYDNEY SCOTT, *co-rapporteur*, donne une vue d'ensemble sur la théorie de l'audition. L'intensité avec laquelle on entend un son n'est pas uniquement due à l'énergie de l'onde sonore, mais, comme le prouvent les dernières hypothèses, la sensation de l'intensité a plutôt une origine psychologique que physique. Pour ses

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Journal of Laryngology*, 1912, n° 7-8.

propres recherches, Sydney Scott emploie les diapasons d'Edelmann pour les notes graves, tandis que pour les notes élevées il emploie des tubes de cuivre spéciaux. La note la plus élevée obtenue avec ces tubes est de 18000 v. d. A la place de ces tubes on pourrait employer soit le monocorde, soit un instrument fabriqué par Mrs. Griffin. On obtient ainsi pour la limite supérieure des valeurs qui diffèrent notablement de celles obtenues par le sifflet de Galton. On dit généralement que la conduction osseuse diminue au fur et à mesure que nous montons la gamme. Ceci est faux au point de vue physiologique pur et dépend uniquement des conditions physiques des diapasons. Si on fait les essais avec le monocorde on peut se convaincre que chez l'homme sain la conduction osseuse est égale ou même dépasse la conduction aérienne même pour les sons les plus élevés. En terminant, Sydney Scott s'arrête à l'étude de ce qu'on appelle les trous et les flots dans l'audition des sons. Il se demande si dans ces cas il ne s'agit pas d'erreurs d'expérimentation dues à la défectuosité des instruments employés.

#### Discussion.

DUNDAS GRANT rappelle qu'il a donné il y a longtemps un moyen de faire rapidement les épreuves de l'audition. Pour les diapasons, il faut se rappeler qu'ils ne peuvent pas nous donner de valeur exacte pour l'audition, mais seulement des valeurs relatives. Si l'on ne tient pas compte du fait que la durée des vibrations des diapasons diminue dans une progression géométrique et non arithmétique, on arrive à trouver chez des malades une audition qui est plus grande que celle qu'ils possèdent en réalité. Pour expliquer la supériorité de la conduction aérienne sur la conduction osseuse, Dundas Grant fait appel à la théorie de Brunigs d'après laquelle, dans la conduction osseuse, il y a souvent interférence entre les différentes ondes et de ce fait suppression ou diminution de ces ondes. A propos du Rinne négatif dans les surdités unilatérales nerveuses, Dundas Grant rappelle qu'il a été un des premiers à appeler l'attention sur ce qu'il nomme le *Rinne négatif paradoxal*. Un Rinne positif ne prouve pas nécessairement qu'il s'agit de surdité nerveuse, il prouve seulement qu'il n'existe pas de surdité de l'appareil transmetteur. On ne tient pas suffisamment compte de ce fait en pratique. Enfin Dundas Grant rappelle une épreuve, pas suffisamment connue, servant à reconnaître la paracousie latente. On tient une montre près du méat et on l'éloigne

jusqu'à ce que le malade ne l'entende plus. On pose alors un diapa-son sur la mastoïde. Si le malade réentend la montre à ce moment et surtout si on s'éloigne davantage du méat, on peut dire qu'il existe une paracousie latente.

MACLEOD YEARSLEY trouve également que la formule indiquée par le Congrès de Budapest est trop compliquée. Il croit que dans la pratique la recherche du Weber, du Gellé et du Rinne est suffisante pour faire le diagnostic, et que la recherche avec la voix haute et l'acoumètre est suffisante pour suivre la marche de la surdité.

JENKINS. Le Rinne et le Weber ne sont pas deux épreuves qui rivalisent, mais bien deux épreuves qui se complètent.

HUGH E. JONES a toujours cru qu'il fallait, dans toute surdité, faire une grande part à ce que l'on peut appeler la surdité psychique. Cette surdité ne correspond naturellement ni aux épreuves de la conduction osseuse, ni aux épreuves de la conduction aérienne.

SYDNEY SCOTT voudrait, en résumant, insister encore sur deux points : 1° la conduction osseuse est meilleure que la conduction aérienne pour tous les tons ; 2° une trop grande confiance dans le Rinne peut conduire à des erreurs.

*Séance du 17 mai 1912.*

*Président : H. E. JONES.*

SYDNEY SCOTT. — **Démonstration de préparations provenant d'un cas de surdité consécutive à une otite moyenne suppurée.**

D. MACKENZIE. — **Les canaux semi-circulaires et le sens de la position ou de l'orientation.** — L'auteur étudie d'abord le sens de l'orientation chez les animaux, surtout chez les oiseaux. Il rappelle ensuite les expériences que James a faites sur la notation des sourds-muets. Ensuite il fait part de quelques expériences personnelles. Les expériences ne sont pas encore assez nombreuses pour être concluantes.

*Discussion.*

PRITCHARD rapporte une observation personnelle de laquelle il conclut que tout le monde n'a pas également le sens de l'orientation.

MACLEOD YEARSLEY rappelle les expériences de Golla, auxquelles il a collaboré, sur le sens de l'orientation des enfants atteints de surdité congénitale. Il ajoute aux recherches de Mackenzie sur les animaux celles de Forel sur les oiseaux, les abeilles et les fourmis.

DAVIS donne quelques exemples sur le sens de l'orientation du saumon.

DUNDAS GRANT dit qu'il existe des sujets qui peuvent dormir dans la direction est et ouest et qui ne peuvent pas dormir dans la direction nord ou sud.

DUNDAS GRANT. — **Le signe de l'élévation de la voix.** — La technique est décrite et démontrée sur un malade et sur un sujet sain. Dundas Grant ne peut pas dire si ce signe permet de reconnaître la surdité hystérique.

A. SHAAP. — **Surdité due à l'abus du thé.** — Une femme âgée de quarante ans se plaint de surdité depuis dix-huit mois. L'examen montre qu'il s'agit d'une surdité nerveuse. La malade boit six à huit tasses de thé par jour. Après cessation du thé, l'audition s'améliore et devient presque normale. Avec la reprise du thé, il y a eu récédive. Une nouvelle abstinence de thé est suivie d'une nouvelle amélioration.

DAVIS. — **Maladie de Raynaud et troubles du labyrinthe.**

#### SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE SECTION DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 4<sup>or</sup> novembre 1912.

Président : HERBERT TILLEY.

JAMES ATKINSON. — **Maladie de Mikulicz.** — Homme de trente-trois ans. Les deux parotides et les glandes sous-maxillaires sont tuméfiées, les glandes lacrymales paraissent normales.

#### Discussion.

PATERSON demande une certaine prudence dans le diagnostic. D'après Mikulicz, la tuméfaction symétrique des glandes sécrétoires constitue le type décrit par lui.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Journal of Laryngology*, n° 4, 1913.

HERBERT TILLEY rappelle un cas décrit par Osler où la tuméfaction de la glande lacrymale ne pouvait plus être démontrée parce qu'elle avait subi une transformation fibreuse.

HERBERT TILLEY. — **Fibrome du naso-pharynx.** — Homme de vingt et un ans, se présente à l'institut de radium prétendant que la tumeur qui remplissait sa fosse nasale droite et allait jusque dans le cavum était inopérable. Tilley fait une rhinotomie sous-labiale du côté malade, enlève l'apophyse montante du maxillaire et peut énucléer la tumeur qui paraissait naître des cellules ethmoïdales postérieures. L'hémorragie pendant l'opération a nécessité la trachéotomie. Le malade a bien guéri.

HERBERT TILLEY. — **Fibrome du nez.** — Le malade a été opéré pour la première fois il y a sept ans. Depuis, plusieurs récidives. Actuellement le malade paraît entièrement guéri.

*Discussion.*

WATSON WILLIAMS préconise pour ces opérations la rhinofissure avec ablation de la partie postérieure du septum. Cette voie donne une vue excellente sur la tumeur.

FITZGERALD POWELL recommande pour les tumeurs qui s'étendent jusqu'à la fosse ptérygoïde la résection temporaire du palais et du voile. Seulement un accès large permet l'opération radicale de ces tumeurs qui souvent ont une tendance à la malignité.

HARMER rappelle le cas d'un fibrome nasal opéré par lui. Il s'agissait d'une tumeur ayant provoqué une double exophtalmie qui était si vasculaire que plusieurs chirurgiens l'ont déclarée inopérable. Harmer a pu, après ligature temporaire des deux carotides externes, enlever la tumeur presque sans hémorragie. La ligature des artères a été graduellement relâchée après l'opération.

WESSMATTOTT a opéré un garçon de seize ans d'une tumeur née dans la région ethmoïdale postérieure. Cinq mois après l'opération, récidive; mais il a été impossible d'enlever cette tumeur récidivée à cause de sa dureté et de sa vascularité.

DUNDAS GRANT rappelle que les fibromes du nez, s'ils sont très jeunes, se laissent très facilement détacher par des rugines. Leur ablation est alors très facile. Dans un cas il a pu par le doigt introduit dans le cavum se rendre compte très nettement que la tumeur sortait d'un hiatus accessoire du sinus maxillaire.

HERBERT TILLEY. — **Photographie d'une malade atteinte de chondro-sarcome de la fosse nasale gauche.** — Jeune fille de

seize ans. A la rhinoscopie la fosse nasale gauche fait l'impression d'être remplie par une tuméfaction kystique du cornet moyen. A l'opération (rhinotomie sous-labiale, abrasion de l'apophyse montante du maxillaire) on essaye d'enlever la tumeur en totalité. Plusieurs récidives depuis cette opération.

O'MALLEY. — **Œdème bilatéral du septum.** — Deux cas sont rapportés.

*Discussion.*

CLAYTON FOX range cette affection dans la catégorie de l'hyperplasie connue du tuberculum septi. Il s'agit généralement d'une augmentation du tissu glandulaire lymphoïde et caverneux. La galvano-cautérisation réussit très bien. Quelquefois des incisions profondes suiyies par un tamponnement serré suffisent.

DAN MACKENZIE suspecte dans ces cas une ethmoïdite latente.

HERBERT TILLEY a également vu cet œdème du septum une fois localisé sur le plancher de la fosse nasale, formant un véritable polype.

DAN MACKENZIE. — **Opération de Denker.** — Dans le cas opéré par Mackenzie on peut voir directement dans le cavum par la rhinoscopie antérieure. Cet inconvénient est moins grand que celui résultant d'une rétraction cicatricielle amenant une rétraction de l'aile du nez du côté opposé qui n'existe pas chez la malade, mais qui a été signalée à la suite de l'opération de Denker.

*Discussion.*

HERBERT TILLEY n'est pas partisan de l'opération de Denker, parce qu'on peut obtenir le même résultat avec des interventions moins graves et parce qu'il a connaissance d'un cas où cette opération a amené une sténose du conduit lacrymal.

PATERSON recommande l'opération de Denker, surtout pour les tumeurs endo-nasales.

DAN MACKENZIE. — **Tuberculose des amygdales et des glandes lymphatiques.** — Garçon de 9 ans tonsillectomisé. Dans les amygdales, cellules géantes. Il s'agit d'une forme rare de la tuberculose de l'amygdale sans ulcération superficielle. Cette forme se voit surtout chez l'enfant. C'est une nouvelle preuve de la nécessité d'enucléer les amygdales quand les glandes cervicales sont tuméfiées. L'enfant est traité par la tuberculine.

F. MUECKE. — **Epithéliome du voile.** — Trachéotomie pour extirpation de la tumeur.

F. MUECKE. — **Parésie double des abducteurs due à un surmenage vocal.** — Homme de 30 ans, se plaint de raucité de la voix durant depuis 7 mois. Les 2 cordes sont rapprochées de la ligne médiane, laissant une légère fente ovale au milieu. Abduction impossible. Seul traitement : repos de la voix. Grande amélioration depuis 5 mois.

*Discussion.*

FÉLIX SEMON n'aime pas le diagnostic parce qu'on pourrait croire qu'il s'agit là d'une nouvelle cause pour la paralysie du posticus. Il suffit d'examiner le malade pour voir qu'il s'agit en réalité d'un spasme des antagonistes du posticus, quelque chose d'analogue à la crampe des écrivains.

Muecke est de l'avis de Semon et intitulera sa communication : spasme double des abducteurs.

TWEEDIE. — **Tumeur fibro-cartilagineuse de la paroi postérieure du pharynx.**

TWEEDIE. — **Ulcération de la carotide interne gauche.** — Garçon de 18 mois, guéri d'angine depuis 3 semaines, est pris brusquement d'hémorragie de l'oreille gauche. Rien de particulier dans l'oreille. La région péritymoïdienne gauche est injectée, les glandes parotidiennes et sous-maxillaires sont tuméfiées. On fait une trachéotomie, on incise la tuméfaction péritymoïdienne et une autre tumeur dans la région derrière le sterno-mastoïdien. L'enfant est mort une demi-heure après l'opération. On trouve à l'autopsie une ulcération de la carotide avant son entrée dans le canal. L'otorragie a eu lieu par une fissure de Santorini dans le conduit externe sans passer par la caisse.

*Discussion.*

WATSON WILLIAMS a vu un cas analogue chez un enfant qui aurait dû être opéré de végétations adénoïdes. La veille de l'opération l'enfant est mort d'une hémorragie brusque due à une ulcération probablement tuberculeuse de la carotide.

SAINT-CLAIR THOMSON. — **Cancer du larynx chez un homme de 28 ans.** — Quand ce malade a été présenté pour la première fois, en mai, à la Société, aucun membre n'a voulu admettre le diagnostic de tumeur maligne. On a fait une laryngo-fissure exploratrice et reconnu que le cartilage était envahi par la tumeur. On n'a pas fait d'opération radicale. 3 mois avant ce cas, Saint-Clair Thomson a pu enlever pendant l'autopsie le larynx d'un homme de 23 ans mort de cancer du larynx.

SAINT-CLAIR THOMSON. — **Opération radicale (Killian) de sinusite frontale.** — 1° Homme de 30 ans, écoulement nasal depuis 6 ans, avec douleurs frontales intenses. En juillet, opération radicale de la sinusite fronto-maxillaire. Guérison complète.

2° Paysanne opérée, uniquement pour douleurs, de sinusite fronto-maxillaire. Les deux cas montrent un résultat fonctionnel et esthétique excellent.

#### *Discussion.*

PATERSON laisse la plaie ouverte pendant 8 jours et fait une suture secondaire. Le résultat esthétique est aussi bon.

WATSON WILLIAMS conseille d'attendre avec l'injection de paraffine. Si on fait cette injection seulement quelques mois après l'opération, le résultat est bien meilleur.

DAN MACKENZIE est également d'avis de ne pas fermer de suite la plaie. On peut placer les fils au moment de l'opération, mais attendre avant de les nouer.

HERBERT TILLEY laisse également la plaie ouverte. Il est risqué de fermer la plaie opératoire. 2 cas de mort observés par lui sont attribuables à cette cause. La suture primaire est généralement une des causes de l'ostéomyélite de l'os frontal. Quant à la paraffine, Tilley n'a pas vu de bons résultats dans beaucoup de cas. Dans 1 cas il a dû faire une véritable dissection pendant une heure trois quarts pour retirer la paraffine injectée, par un spécialiste pour beauté, à une malade.

SAINT-CLAIR THOMSON apprend alors, dans la discussion, que Killian laisse la plaie ouverte dans tous les cas. Personnellement il trouve autant de danger à laisser ces plaies ouvertes qu'à les fermer. La question de la fermeture de la plaie dépend surtout de la certitude qu'on a d'avoir ouvert toutes les cellules et toutes les petites anfractuosités, surtout derrière le pont. En cas de certitude, la fermeture de la plaie donne un avantage sûr. Saint-Clair Thomson



croit qu'on opère moins les sinus frontaux actuellement qu'avant, mais on les opère mieux.

HUNTER TOD. — **Tumeur maligne du sinus sphénoïdal gauche.** — Homme âgé de 52 ans. Depuis 1 an exophtalmie de l'œil gauche et diminution de la vision de cet œil. Céphalée. Atrophie du nerf optique. Après ablation du cornet moyen, on entre facilement dans le sinus sphénoïdal. La paroi postérieure du sinus sphénoïdal paraissait ramollie. L'opération radicale n'a pas pu être exécutée.

HUNTER TOD. — **Syphilis tertiaire du larynx.** — Femme de 38 ans amenée à l'hôpital pour être trachéotomisée. Les cordes vocales sont épaissies et tuméfiées; au-dessous de la corde gauche existait une large ulcération. On ne fait pas de trachéotomie et on injecte d'un coup 0,9 de néosalvarsan dans la veine cubitale. Même dose 3 jours plus tard. La malade est presque complètement guérie.

*Discussion.*

WAGGET a vu un cas analogue où la trachéotomie a été évitée par une injection de néosalvarsan.

PATERSON a vu également une sténose laryngée disparaître sous l'action du salvarsan.

DAVIS. — **Skiagramme d'une pièce de monnaie dans l'œsophage d'une femme de 25 ans.** — Extraction par voie endoscopique.

*Discussion.*

HERBERT TILLEY conseille, pour l'extraction des pièces de monnaie, les anciens instruments, mais employés sous le contrôle de la vue.

IRWIN MOORE recommande, pour l'extraction de ces pièces de monnaie, sa pince qui permet l'extraction de n'importe quelle forme d'objet par le tube de Brünings.

DAVIS. — **Amygdalotome de Sluder.** — Cet instrument, très employé en Amérique, permet l'énucléation de toutes les formes d'amygdales, grandes, petites, pédiculées, enchatonnées.

WATSON WILLIAMS. — **Pansinusite.** — Le malade, avocat, âgé de 54 ans, porteur d'un nez rouge tuméfié depuis l'enfance, pré-

sente un nez gonflé, épaissi, couperosé, une véritable défiguration. Le malade est atteint d'une suppuration de tous les sinus péri-nasaux et d'une déviation de la cloison. En 1907, quand il est entré en traitement, le malade était incapable de tout travail intellectuel. Le malade est présenté guéri uniquement par les interventions endo-nasales. Watson Williams insiste surtout sur la possibilité non pas de guérir, mais d'améliorer des sinusites frontales par interventions endo-nasales.

**HORSFORD. — Cas d'ozène présentant une particularité rare. —** Les deux cornets moyens sont fusionnés dans leur pôle antérieur par une perforation de la cloison.

#### SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

*Séance du 5 février 1913 (1).*

*Président:* CHIARI.

*Secrétaire:* STERN.

**HAYEK. — Sinusite frontale. —** Jeune homme de 17 ans 1/2, fait une grippe en juin 1911 qui lui laisse une sinusite frontale soignée par l'aspiration, après résection du cornet moyen, et par des lavages. La sécrétion a complètement disparu, mais en même temps les douleurs sont devenues intolérables. C'est dans cet état que Hajek le voit. Au lavage, pas de pus; mais aux rayons X obscurité nette du sinus. Hayek fait un Killian, ne trouve pas de pus dans le sinus, seulement une muqueuse oedématisée. Il est certain que l'aspiration, dans ce cas, a produit un mauvais effet.

**HAYEK. — Ethmoidite hyperplastique. —** Hayek présente quantité de polypes qu'il a retirés de l'ethmoïde d'une femme de 42 ans qui se plaignait uniquement de douleurs dans l'angle interne de l'œil droit. A plusieurs reprises, la rhinoscopie donnait un résultat négatif. Seule une tuméfaction dans la concavité du cornet moyen a incité Hayek à la résection du cornet moyen. Aussitôt après quantité de polypes sont devenus visibles.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Monatschrift f. Ohrenk.*, 1913, nos 6, 7, 8.

Ce cas montre qu'il peut exister une inflammation du sinus sans sécrétion nasale.

*Discussion.*

MARSCHIK attache grande importance à l'examen par les rayons X. Si l'on ne voit pas de sécrétion, il est préférable de ne pas ouvrir les sinus.

WEIL trouve que la fixité de la douleur dans des endroits caractéristiques autorise la résection de la partie antérieure du cornet moyen et l'ouverture de quelques cellules ethmoïdales antérieures, à condition que la céphalée n'ait pas comme cause une néphrite, de la constipation, etc. La céphalée disparaît dans ces cas presque immédiatement.

MENZEL. — *a. Hypertrophies atypiques dans le nez.* — Le malade présente deux énormes ailerons du septum (bourrelet de Schaeffer); de plus, des hypertrophies des cornets inférieurs.

*b. Membrane congénitale du cavum* séparant le côté gauche du cavum en une partie antérieure et une partie postérieure et n'occasionnant aucun trouble, ni subjectif, ni objectif.

*Séance du 5 mars 1913.*

*Président :* CHIARI.

*Secrétaire :* KOFLER.

GLAS. — *Diagnostic incertain.* — Le malade présente deux bourrelets sous-glottiques.

*Discussion.*

FEIN croit qu'il s'agit d'une affection congénitale. La muqueuse est lisse, ne présente aucun signe d'inflammation et le malade ne ressent aucun trouble.

GROSSMANN a vu un cas analogue chez une paysanne de 16 ans qui a dû être trachéotomisée. Après 6 mois de port de la canule, ces bourrelets ont disparu. On les voit naître à la suite de quintes de toux; aussi la trachéotomie, qui protège ces parties contre le choc des quintes, est-elle le meilleur traitement.

HAYEK rappelle qu'on voit souvent paraître chez les enfants, au cours d'une laryngite, ces tuméfactions sous-glottiques. Le malade présenté prétend également avoir été soigné pour une laryngite.

**MENZEL — a. Laryngocèle chez un souffleur de verre.** — Sur les fausses cordes vocales on voit des tuméfactions de la grosseur d'un pois cédant facilement à la pression à la sonde et reprenant leur forme après cessation de la pression. Il s'agit d'une excavation due à la pression de l'air comme on le voit chez les hautboïstes. Chez les ouvriers verriers ce gonflement du ventricule n'a pas encore été décrit.

**b. Présentation d'une jeune fille atteinte de sténose cicatricielle de la trachée.** La malade, âgée de 19 ans, a été tubée à l'âge de 3 ans. Menzel espère guérir la malade par l'électrolyse en quatre ou cinq séances.

**MARSCHIK. — Présentation d'une malade de 21 ans atteinte d'ozène et considérablement améliorée par la résection des deux cornets moyens.** En dehors de l'atrophie, la malade ne présente plus aucun phénomène d'ozène depuis 3 ans. Les cornets inférieurs même ont une tendance à repousser.

#### *Discussion.*

KOKLER plaide pour l'ouverture du sinus ethmoïdal et sphénoïdal au cours de l'ozène. La céphalée est très souvent améliorée ainsi.

**NEUMANN. — Présentation d'instruments destinés au traitement endo-laryngé par le radium.**

**NEUMANN. — Rhinolalie ouverte.** — Jeune fille de 18 ans, présente une insuffisance du voile du palais. A la palpation du palais on reconnaît l'existence d'un début d'uronaskisme. Cette coïncidence d'un voile insuffisant avec uronaskisme recouvert de muqueuse normale a été signalée par Fein en 1899 et confirmée par Gutzmann plus tard. Neumann se propose d'injecter de la paraffine (à 42° de fusion) dans la paroi postérieure du pharynx pour diminuer ainsi la distance qui sépare le voile de la paroi postérieure du pharynx.

**FRUHWALD. — Périchondrite laryngée externe et interne. —**

A la suite d'une laryngite qui a duré 2 mois s'est développée brusquement une tuméfaction dans la région du cartilage thyroïde. Tout le côté droit du larynx est immobile, la corde vocale droite transformée en un bourrelet rouge légèrement jaunâtre dans son milieu. La région du cartilage thyroïde droit présente les signes d'un abcès. Température 38°. Incision jusqu'au cartilage thyroïde. Dans le pus, des bacilles de Koch. Trois jours après, la corde vocale droite a dégonflé. Il est probable que la laryngite avec laquelle la maladie a débuté était une périchondrite tuberculeuse interne.

*Discussion.*

GROSSMANN. La malade présentée a été soignée par lui au cours de sa laryngite. Elle était en effet atteinte de laryngite syphilitique. Il y a 15 jours s'est développée une petite tumeur que Grossmann a considérée comme inflammation de la bourse séreuse du larynx. Il apprend qu'il s'est agi d'une inflammation par le bacille de Koch.

CHIARI admet la possibilité d'une infection mixte tuberculeuse et syphilitique.

*Séance du 9 avril 1913.*

*Président : GROSSMANN.*

*Secrétaire : BRAUN.*

NEUMANN. — **Diverticule de l'œsophage.** — Le diverticule commence derrière le larynx et a la taille d'une paume de main. On n'a pas fait l'œsophagoscopie pour ne pas irriter les diverticules. Le malade a été opéré par ligature du sac diverticulaire d'après Marschik. On évite ainsi, par la ligature au lieu de la section, le danger de la médiastinite. Le jour de l'opération le malade ne s'est pas nourri du tout, le lendemain il n'a pris que des liquides, et le troisième jour il a pris la nourriture ordinaire.

NEUMANN. — **Abcès péri-œsophagien.** — Enfant de 8 ans, a bu par mégarde de la soude caustique il y a 7 semaines. L'enfant est amené pour une sténose de l'œsophage. OEsophagoscopie sous chloroforme. A 10 centimètres de l'arcade dentaire siège une sténose qui se laisse facilement dilater pour un tube 7 centimètres 1/2. L'œsophagoscope entre dans un abcès qu'on reconnaît immédiate-

ment comme abcès péri-œsophagien. L'enfant reste gai toute la journée et meurt brusquement le soir. A l'autopsie on a reconnu que l'abcès était séparé par une mince paroi et de la plèvre et du péritoine à travers le diaphragme. Une petite quinte de toux a suffi pour faire un pneumothorax et un emphysème aérien de l'abdomen.

*Discussion.*

MARSCHIK. Le procédé de la ligature du diverticule de l'œsophage appartient à Goldmann et a été essayé dans 9 cas avec excellent résultat. Le danger de la médiastinite est d'autant plus facilement évité qu'à partir du moment où le diverticule a été ligaturé ces malades peuvent pour ainsi dire être considérés comme guéris.

TCHIASNY. — **Diaphragme congénital du cavum.** — Il s'agit d'un diaphragme circulaire allant symétriquement du bourrelet de la trompe au bord supérieur du septum choanal, large de 6 à 8 millimètres. La malade est atteinte de rhinite atrophique, ce qui facilitera la résection de cette membrane.

HANSZEL. — **Corps étranger de la trachée.** — Il s'agit d'une aiguille de Pravaz extraite de la trachée d'un confrère par laryngoscopie indirecte. L'extraction a été difficile.

*Discussion.*

TCHIASNY recommande l'instrument de Wirin fabriqué par Fischer-Freiburg, par lequel l'extraction des aiguilles enclavées dans les voies respiratoires se fait presque automatiquement.

MARSCHIK. — **Cancer du cartilage aryténoïde** s'étendant sur la région environnante. L'intérieur du larynx est complètement normal. Opération d'après Gluck avec extirpation des ganglions des deux côtés du larynx. La plastique du pharynx a été faite dans une opération secondaire.

MARSCHIK. — **Extraction d'un os** par trachéoscopie directe du larynx d'un homme de 53 ans. L'os était depuis deux mois dans le larynx. Au moment de l'extraction l'os est tombé dans la trachée. L'extraction par la glotte a été difficile; l'os avait l'épaisseur d'un

pouce. Les nombreux essais d'extraction ont occasionné des lésions multiples du larynx et de la trachée sans donner lieu à aucun accident grave. Nous connaissons les lésions du larynx, qui occasionne l'intubation d'après Kuhnt, sans que les malades aient après la narcose d'autres troubles du larynx.

*Séance du 7 mai 1913.*

*Président: RETHI.*

*Secrétaire: SCHLEMMER.*

MENZEL. — **Cylindrome du naso-pharynx.** — La tumeur est globuleuse et recouverte de muqueuse lisse sans ulcérations, occupant la paroi latérale du naso-pharynx. Menzel se propose de faire l'ablation de cette tumeur avec un adénotome et d'irradier avec du radium la plaie opératoire. A la suite de ce malade, Menzel présente un homme de 40 ans atteint de cylindrome parti de la muqueuse du sinus maxillaire.

GLAS. — **Laryngite sous-glottique chronique hypertrophique.** — Nouvelle présentation du malade dont il a été question à une des précédentes séances. L'état n'a pas changé depuis huit semaines.

*Discussion.*

FEIN voit dans le fait de la stabilité de cette tumeur sous-glottique la preuve qu'elle est de nature congénitale. L'absence de tout phénomène subjectif plaide dans le même sens.

RETHI a vu de ces cas de tuméfactions torpides sans manifestations subjectives être la conséquence de plusieurs attaques aiguës de laryngite sous-cordale. Parfois ces tuméfactions, torpides jusque-là, peuvent brusquement devenir menaçantes.

NEUMANN. — **Névrite rétro-bulbaire d'origine sinusienne.** — Fillette de 9 ans avec tuméfaction dans l'angle interne de l'œil et température, envoyée de la clinique ophtalmologique. Incision du sinus ethmoïdal, par voie externe. Le sinus ethmoïdal est en pleine suppuration; il est vidé, ainsi que le sinus sphénoïdal et ce qui existait du sinus frontal. La sinusite était consécutive à une scarlatine.

SCHLEMMER. — **Carcinome du larynx.** — Homme de soixante et un ans, garde une paresthésie dans le larynx à la suite d'une grippe

faite en février 1914. En juillet, tuméfaction des ganglions du coude gauche et douleurs à l'épaule gauche. On diagnostique pharyngite et rhumatisme, et on ordonne un traitement thermal. Rentré de la station, le malade consulte à la clinique où l'on diagnostique un carcinome ulcéré du pli ary-épiglottique et de la paroi latérale du pharynx. Le malade subit une hémi-résection du larynx d'après Gluck. Les suites de l'opération n'ont pas été très favorables parce qu'un des lambeaux de la plastique s'était gangrené. De plus, l'épilation des poils poussés dans la plaie a exigé de nombreuses séances. Le malade a été exposé à une forte irradiation par le radium. Au moment de la présentation, 7 mois après l'opération, il n'existe pas encore de récurrence.

**SCHLEMMER. — Carcinome de la luette.** — La luette est transformée en une tumeur globuleuse, les ganglions du cou sont infiltrés, les amygdales paraissent infiltrées également. Opération radicale sous anesthésie locale (extirpation des ganglions des amygdales et de la luette). Six semaines plus tard extirpation d'un petit ganglion sus-claviculaire. Ce malade a été également traité par le radium.

#### SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE (1)

Séance du 31 mars 1913.

Président : V. URBANTSCHITSCH.

Secrétaire : E. URBANTSCHITSCH.

**ALT. — Perforation spontanée d'un abcès du lobe temporal dans la brèche opératoire après radicale.** — Trois jours après la radicale, la malade, une jeune fille de 16 ans, a présenté des symptômes méningitiques. A l'ouverture du pansement, on trouve une sécrétion d'odeur fétide. Le septième jour la fièvre avait cessé. Comme la sécrétion abondante et fétide ne diminuait pas, Alt ouvre, 3 mois après la radicale, la brèche opératoire, à la recherche d'un séquestre possible. Il ne trouve pas de séquestre, mais ouvre un abcès qui s'était incomplètement drainé spontanément.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Monatschrift f. Ohrenh.*, 1913, nos 5, 6, 7.



*Discussion.*

RUTTIN. Le symptôme de la fétidité de la sécrétion est très intéressant, il n'indique pas toujours la perforation de l'abcès. On constate cette fétidité aussi dans les thromboses quand la dure-mère est recouverte de granulations.

BECK. — **Polynévrite cérébrale méniériforme** (*type Frankl-Hochwart*). — Femme de 26 ans, atteinte de syphilis depuis juin 1912, insuffisamment soignée; présente une paralysie du facial gauche, du vertige avec tendance à la chute vers la gauche. Bourdonnements d'oreilles et surdité à gauche. Réaction calorique diminuée. Cette coïncidence de la paralysie du facial et des 2 branches de l'acoustique et de la céphalée (trijumeau) constitue la maladie de Fränkl-Hochwart.

FRÖSCHELS. — **Troubles fonctionnels de la voix chez l'enfant.** — Deux malades fréquentant le service « logopédique » de la clinique Urbantschitsch sont présentés. Le premier enfant, garçon de 7 ans, est atteint de raucité de la voix depuis l'âge de 3 ans, résistant à tous les traitements. L'examen laryngoscopique donne un résultat absolument négatif. Cet enfant a beaucoup chanté; c'est un exemple typique de la raucité de la voix qu'on rencontre souvent chez les écoliers. Le traitement consiste dans la rééducation de la phonation. Le deuxième enfant présenté n'a que 3 ans et est atteint depuis un an déjà de raucité de la voix. Même cause, malmenage de la voix. A ce propos Fröschels demande que les exercices de chant à l'école soient mieux surveillés, qu'on ne fasse pas, par exemple, chanter aux enfants dont la tessiture ne dépasse pas 5 tons des chansons dont le registre s'étend au delà d'une octave.

RUTTIN. — **Ancienne labyrinthite suppurée guérie. Méningite séreuse. Opération. Guérison.** — Homme de 45 ans, atteint d'otorrhée et de paralysie faciale depuis 15 ans. Surdité complète. Pas de nystagmus spontané, pas de réaction calorique. A la rotation à gauche, nystagmus horizontal à droite de 16 à 18 secondes; à la rotation à droite, nystagmus à gauche de 18 à 22 secondes. On peut diagnostiquer une labyrinthite suppurée cicatrisée, grâce au symptôme de la compensation. En raison de la fièvre, des douleurs et des symptômes mastoïdiens, radicale. Abscès extra-dural et péri-

sinusien. Le labyrinthe est entièrement remplacé par un tissu fibreux. Cinq mois après le renvoi du malade de l'hôpital, il se présente de nouveau avec de la céphalée. D'autres symptômes méningitiques s'y ajoutent. Rutin ouvre la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure sans trouver une lésion quelconque. Le malade a rapidement guéri.

**RUTTIN. — Symptôme de la fistule sans fistule.** — Malade de 16 ans atteint depuis l'âge de 3 ans d'otite bilatérale. A droite, otite suppurée. A l'aspiration à droite, nystagmus dirigé à gauche. Nystagmus calorique normal. Rutin exécute la radicale et est très étonné de ne pas trouver de fistule. Après la radicale, le symptôme de la fistule existait encore.

*Discussion.*

BARANY demande comment était la réaction calorique.

RUTTIN répond : normale.

BARANY : ceci lui suffit pour affirmer qu'il n'existait pas de fistule. Si les mouvements sont lents quand on provoque le symptôme de la fistule et si la réaction calorique existe, on peut nier l'existence de la fistule. Si les mouvements sont lents, nous pouvons présumer l'existence d'une fistule si la réaction calorique manque. Enfin nous pouvons affirmer l'existence d'une fistule si les mouvements nystagmiques à la compression et à l'aspiration sont nets et si la réaction calorique existe.

**RUTTIN. — Labyrinthite suppurée. Opération du labyrinthe. Guérison. Valeur du symptôme de la compensation.** — Homme de 43 ans, a subi à l'âge de 17 ans un traumatisme de l'oreille droite d'où cicatrice sur la mastoïde droite. Surdité de l'oreille droite depuis un an. Otorrhée depuis six semaines. Céphalée et vertige, vomissements. A droite, surdité complète. Pas de nystagmus spontané, pas de symptôme de fistule, pas de réaction calorique. A la rotation à gauche, nystagmus à droite de 3 à 5 secondes; à la rotation à droite, nystagmus à gauche de 15 secondes. Ici il n'existe pas de compensation, le labyrinthe contenait certainement du pus, d'où la nécessité d'ouvrir le labyrinthe. Opération très difficile. Os éburné, procidence du sinus, fosse cérébrale moyenne basse. Il a fallu refouler le sinus dans la cavité crânienne pour se faire du jour pour l'opération du labyrinthe. Le canal horizontal droit était remplacé par des fongosités. Ces fongosités allaient jusque dans

la fosse cérébrale postérieure. L'opération a été terminée d'après Neumann.

**E. URBANTSCHITSCH. — Examen otologique d'un malade en pleine crise de méniérisme.** — Homme de 45 ans, sans passé otologique, est pris brusquement de vertige intense, nausées, vomissements, bourdonnements, surdité. Deux jours après, nouvelle crise survenant pendant la consultation. Les deux tympans normaux. A droite, voix chuchotée à 10 centimètres, à gauche, normale. A droite, tous les diapasons moins longtemps perçus que normalement. Rinne positif. Weber à gauche, Schwabach diminué, nystagmus violent, spontané, rotatoire à gauche. Réaction calorique (eau chaude à 48° pendant plusieurs minutes) à droite absolument éteinte, à gauche conservée. Examiné après la crise, la réaction galvanique est revenue à l'oreille droite.

**V. URBANTSCHITSCH. — Nystagmus vertical consécutif à un abcès du ventricule.** — Quatre jours après une radicale à gauche, l'opéré présente un nystagmus rotatoire violent vers le côté sain avec le labyrinthe complètement éteint. Quelques heures plus tard, le nystagmus se transforme et devient vertical. Il persiste quatre jours, pour disparaître le cinquième jour. Mort le lendemain. L'apparition du nystagmus vertical au milieu du cortège symptomatologique endocranien a permis de diagnostiquer l'irruption du pus dans le ventricule latéral, diagnostic confirmé par l'autopsie.

**BARANY. — Diagnostic différentiel entre tumeur de l'acoustique et sclérose en plaques.** — Ce cas a été présenté déjà à la Société d'otologie. On avait diagnostiqué tumeur de l'acoustique. Il existait une surdité complète avec inexcitabilité calorique, mais les mouvements réactionnels (chute et épreuve de l'index) pouvaient être provoqués de la façon normale. Barany a conclu que le nerf vestibulaire était seulement altéré dans les fibres allant au noyau des nerfs innervant les muscles de l'œil, mais que très probablement le tronc du nerf à la base devait être intact. Le malade a été opéré néanmoins. On n'a pas trouvé de tumeur. A l'autopsie on a reconnu l'existence d'une sclérose en plaques.

**BARANY. — A propos de la réfrigération temporaire de la dure-mère et du cerveau.** — Un malade de la clinique de Passow avait été opéré d'un cholestéatome congénital. Après l'opération, la dure-mère recouverte d'une mince membrane restait à nu de l'apophyse mastoïde jusqu'à peu près la ligne médiane. Ce malade servait

excellamment aux expériences de la réfrigération, permettant d'étudier les centres cérébelleux établis par Barany. Pour ses expériences, Barany a construit une capsule spéciale pouvant prendre de petits morceaux de glace et s'adaptant parfaitement aux différentes parties du cerveau à examiner. Cette capsule pourra rendre des services pour la recherche des centres, soit au cours d'une opération, soit pendant le changement de pansement.

NEUMANN. — **Labyrinthite aiguë.** — Avocat de 36 ans, fait une otite aiguë à droite avec perforation spontanée le huitième jour. Dès le deuxième jour de l'otite, il se plaint de vertiges, de vomissements et présente du nystagmus. Le malade consulte seulement après la perforation. L'oreille droite ne présente plus aucune fonction acoustique ni statique. En l'absence de tout phénomène subjectif et de fièvre, Neumann n'intervient pas. Le malade a complètement guéri. En opposition avec ce cas est l'histoire d'une fillette de 11 ans, qui est prise brusquement de douleurs dans l'oreille gauche. Le lendemain, Neumann constate : tympan injecté, douleurs dans l'oreille gauche, température  $39^{\circ},5$ , voix chuchotée (avec appareil tapageur dans l'oreille saine) 20 centimètres. Paracentèse. Dans la nuit, vomissements, vertige, et le lendemain audition pour la voix chuchotée éteinte, mais le Weber toujours encore localisé à l'oreille malade. Cinq heures plus tard, le Weber latéralisé à l'oreille saine. En se basant sur cette évolution, Neumann propose l'opération refusée par la famille et le médecin traitant. Le lendemain, 48 heures après la paracentèse, on autorise l'opération. La ponction lombaire donne un liquide trouble. La malade, opérée par Bondy, en présence de Neumann, d'après le procédé de Neumann, est morte 6 jours après, de méningite.

Ces deux cas permettent les réflexions suivantes. Si, au cours d'une otite aiguë, la suppuration atteint le labyrinthe, on peut distinguer trois formes : 1<sup>o</sup> labyrinthite et otite moyenne se développent à peu près au même moment ; 2<sup>o</sup> la labyrinthite se développe seulement quelques jours après l'otite moyenne avec ou sans perforation du tympan ; 3<sup>o</sup> la labyrinthite se développe quelques semaines après la perforation pendant que l'oreille sécrète encore. Les deux dernières labyrinthites réclament l'opération si la fonction acoustique et vestibulaire du labyrinthe est complètement éteinte. Dans la première forme, il faut attendre. Sur 6 cas traités d'après ces règles, un du premier groupe a guéri, et, sur les 5 opérés de radicale et de labyrinthite, 4 ont guéri et 1 est mort présentant la méningite déjà avant l'opération.

*Discussion.*

RUTTIN. L'étude de la littérature montre que le pronostic est d'autant plus grave que la labyrinthite est plus tardive au cours d'une otite aiguë. Quand la labyrinthite apparaît en même temps que l'otite, il peut s'agir d'une labyrinthite séreuse. Du reste à ce moment la sécrétion dans la caisse peut aussi être seulement séreuse. Si la labyrinthite apparaît après la première semaine de l'otite, le pronostic est toujours grave. Un malade soigné par un otologiste présente dans la sixième semaine de son otite des phénomènes labyrinthiques. Ruttin, appelé en consultation, propose l'ouverture du labyrinthe, qui est refusée. Trois jours plus tard Ruttin est appelé pour opérer, le malade présentant de la méningite. Le cas a guéri.

BARANY. Les deux cas de Neumann nous rappellent la difficulté de distinguer la labyrinthite séreuse d'avec la labyrinthite suppurée. Très souvent on se dirigera d'après l'impression clinique que fait le malade. Cependant il ne faut pas oublier que la labyrinthite séreuse est aussi une suite d'infection, seulement d'une forme moins virulente. Quant à la labyrinthite tardive, Barany a observé le cas suivant. Otite aiguë et haute fièvre. Paracentèse. Le huitième jour de l'otite, surdité complète mais pas de vertige. Antrotomie. Chute de la paroi supérieure du conduit. Nouvelle opération refusée. Le malade se plaint d'un peu de vertige quand il fait des mouvements avec la tête. Audition presque nulle. Pas de symptôme de la fistule. Réaction calorique normale. Quinze jours plus tard, méningite brusque, consécutive probablement à une cellulite périlabyrinthique.

LEIDLER a vu le cas suivant. Malade atteint d'otite aiguë depuis 3 semaines. Depuis 8 jours, vertige. On constate : otite aiguë à gauche, mastoïdite, paralysie faciale gauche, nystagmus spontané, vertige, bourdonnements, surdité complète, absence de la réaction de Barany et présence du symptôme partiel de la fistule. Le malade est diabétique. On s'est contenté d'une simple antréotomie et le malade a guéri.

RUTTIN. Nos efforts doivent surtout tendre à distinguer la labyrinthite séreuse d'avec la labyrinthite suppurée. Tant qu'il persiste un vestige fonctionnel du labyrinthe, nous pouvons exclure la labyrinthite suppurée diffuse. Si la fonction du labyrinthe est totalement éteinte, nous nous dirigeons d'après l'époque où a paru la labyrinthite. Si la labyrinthite paraît à une époque où la sécré-

tion de la caisse est encore sérieuse, on peut supposer que la labyrinthite est sérieuse. Dans ces cas on peut attendre. Le danger est grand si on attend dans les labyrinthites qui paraissent tard au cours de l'otite. Quant à la labyrinthite post-opératoire, l'existence de la fistule au moment de l'opération permet une distinction importante. Si, avec une fistule préexistante, apparaît une labyrinthite post-opératoire, un doute n'est plus possible. Si le symptôme de la fistule vient de disparaître, on a affaire à une labyrinthite suppurée. Une labyrinthite post-opératoire devient très vite suppurée. Parfois la méningite éclate avant que la labyrinthite sérieuse post-opératoire ait le temps de devenir suppurée.

*Séance du 28 avril 1913.*

*Président : V. URBANTSCHITSCH.*

*Secrétaire : E. URBANTSCHITSCH.*

**E. URBANTSCHITSCH. — Otite aiguë consécutive à un changement brusque de pression atmosphérique.** — Le malade devait faire des expériences dans une chambre hermétiquement close et à cet effet, entrer et sortir rapidement de l'endroit. A une de ces expériences, il a ressenti une douleur brusque dans l'oreille. A l'examen otoscopique, le tympan paraît injecté et porte le long du manche du marteau de petites vésicules d'hémorragie.

**BECK. — Sur le nystagmus par compression et aspiration avec oreille moyenne intacte.** — Il s'agit du symptôme de la fistule rencontré chez des sujets avec oreille moyenne intacte. Tous les sujets qui ont présenté ce symptôme, décrit avant Beck par Hennebert, Buys, Alexander, ont eu la syphilis.

*Discussion.*

ALEXANDER a vu ce phénomène de l'irritabilité mécanique du labyrinthe, avec perte du labyrinthe pour les autres irritations, très prononcée dans plusieurs cas. On avait l'impression que l'on poussait et attirait le globe de l'œil avec le ballon servant pour la compression et pour l'aspiration. Il est intéressant de noter que ce phénomène peut persister pendant trois semaines, puis disparaître et reparaitre au bout de 2 à 3 mois.

BARANY. Quand on examine la malade présentée par Beck, on constate que le nystagmus est paralysé, mais que la réaction de l'index est normale. On peut conclure que la paralysie du vestibule

laire a lieu en dehors du labyrinthe. Du fait même que la malade présente un nystagmus par compression et aspiration on pourrait déjà conclure qu'il n'existe pas une véritable paralysie, mais bien plutôt une parésie du labyrinthe.

POLITZER. De pareilles constatations ont une importance capitale. Elles prouvent que la recherche de la réaction calorique seule ne suffit pas pour juger de la valeur de la fonction vestibulaire.

ALEXANDER est de l'opinion de Politzer et convaincu que dans toutes les cliniques on prend ces précautions. Ce que le malade de Beck présente est particulier et surtout caractéristique pour la syphilis.

BECK. — **Oreille et sclérose en plaques.** — La maladie a débuté il y a 2 ans par une faiblesse dans les extrémités. Quand le malade est vu par Beck, on trouve une paralysie de l'abducteur à droite, une parésie du facial à gauche, la parole scandée, augmentation des réflexes tendineux et diminution des réflexes cutanés; autrement, sensibilité normale, Wassermann négatif. L'oreille droite paraît normale, l'oreille gauche présente une surdité nerveuse. V à 2 mètres, v à 1/2 mètre. Nystagmus spontané à droite, tendance à la chute à gauche non influençable par la position de la tête. Réaction calorique incertaine, pas de déviation. L'examen fonctionnel de l'oreille ne donnait pas toujours le même résultat. Tantôt l'appareil vestibulaire paraissait totalement éteint avec surdité complète; tantôt au contraire le malade entendait la voix haute à 5 mètres et la réaction calorique paraissait exagérée. Seule la tendance à gauche ne variait pas. Beck rappelle qu'il a publié, il y a trois ans, deux cas analogues de changement brusque dans la fonction de l'oreille interne, sans que le nystagmus spontané ait pris part à ce changement et sans qu'il y ait de phénomènes subjectifs (vomissements, vertige). Ce symptôme paraît être caractéristique pour la sclérose en plaques et peut être mis en parallèle avec la cécité transitoire.

RUTTIN. — **Nouveau phénomène de fistule.** — Le malade a subi une radicale qui permet de reconnaître une grande fistule du canal horizontal. A la compression et à l'aspiration, on provoque le même nystagmus horizontal vers le côté opéré.

RUTTIN. — **Cholestéatome et érosion de la cavité glénoïdale.** — Le malade présente une tuméfaction de la paroi postérieure du conduit, une petite granulation sur la paroi antéro-supérieure,

sensibilité dans la région de l'articulation maxillaire avec œdème. Légère paralysie faciale. Quelques jours après l'admission, phénomènes de méningite. Opération. Un cholestéatome remplit l'antre, l'attique et la caisse. La paroi antérieure du conduit présente une érosion là où siège la petite granulation. Il ne persiste qu'une paroi mince de l'articulation du maxillaire. A l'autopsie on trouve une méningite récente avec abcès du lobe temporal. Les incisions faites pendant l'opération à la recherche de l'abcès étaient un peu en avant de l'abcès. Ce cas est intéressant par le fait que le cholestéatome a érodé la cavité glénoïdale.

E. URBANTSCHITSCH. — **Exclusion compensée du labyrinthe.** — Enfant de 12 ans, fait une fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans. Depuis il existe une otite suppurée chronique. L'enfant serait devenue sourde 6 semaines avant son admission. Conduit rempli de polypes. Otorrhée fétide, fistule mastoïdienne. Surdité complète. Inexcitabilité calorique. Nystagmus giratoire à droite et à gauche diminué mais conservé. Radicale. Cholestéatome. En raison du phénomène de la compensation, on s'abstient de l'ouverture du labyrinthe, qui du reste présente une hyperostose très marquée du canal horizontal. Sans ce phénomène de la compensation avec une oreille interne non réagissante, l'ouverture du labyrinthe s'imposait.

*Séance du 26 mai 1913.*

*Président : V. URBANTSCHITSCH.*

*Secrétaire : E. URBANTSCHITSCH.*

FREY. — **Résection de la paroi externe du sinus et de la jugulaire** au cours de la septico-pyémie sans thrombose du sinus. Dans le cas présent, il ne s'est pas agi de thrombose du sinus, Frey attribue néanmoins la guérison de son malade à l'ouverture du sinus et à la ligature de la jugulaire.

*Discussion.*

BONDY ne se décide pas à la ligature de la jugulaires'il n'existe pas de thrombose nette du sinus. Un seul frisson n'autorise pas à faire le diagnostic de thrombose du sinus, même accompagné d'ascension de la température ; il faut que le premier frisson soit confirmé par un autre.

FREY connaît également des cas de frisson dus à un abcès péri-



sinusien sans véritable thrombose du sinus, mais il ne faut pas oublier, dans la pratique, que ce sont des cas exceptionnels. La ligation de la jugulaire a ses indications aussi en dehors de la thrombose du sinus, chaque fois qu'on veut s'opposer à l'introduction de toxines dans le torrent circulatoire.

BECK. — **Périostite syphilitique de la mastoïde.** — Malade de 46 ans, syphilitique depuis 16 ans. Depuis onze semaines céphalée violente derrière l'oreille droite. La mastoïde droite tuméfiée. Oreille moyenne et interne intacte. Aux rayons X, les deux apophyses malades normales. Guérison par un traitement antisymphilitique mixte.

BECK. — **Affection du nerf cochléaire comme symptôme initial du tabes.** — Malade de 34 ans, syphilitique depuis l'âge de 32 ans. Depuis 2 ans, surdité bilatérale compliquée de bourdonnements. La surdité à gauche est totale, les deux appareils vestibulaires normaux. Les phénomènes tabétiques se développent très lentement l'un après l'autre.

RUTTIN. — **Abcès du cervelet.** — Garçon de 15 ans, atteint d'otite à gauche depuis 8 jours. Au moment de l'examen : à gauche, mastoïdite, surdité totale, labyrinthe inexcitable, nystagmus spontané horizontal à droite, rigidité de la nuque, aucun réflexe des extrémités inférieures, Koernig, état comateux, pouls 58, température 37°, 5. Ruttin fait le diagnostic d'abcès du cervelet (nystagmus horizontal, contro-latéral, avec labyrinthe non excitable). Opération. On trouve un cholestéatome dans l'antre. Ouverture du labyrinthe d'après Neumann. Incision d'un abcès du cervelet. Liquide cérébro-spinal normal. Le malade est mort le lendemain de l'opération. On reconnaît à l'autopsie une perforation spontanée de l'abcès dans l'espace sous-dural.

---

## ANALYSES

### LARYNX

**Les paralysies habituelles de la corde vocale**, par GUTZMANN  
(*Berliner klinische Wochensch.*, n° 47, 1912).

Il faut nous déshabituer d'appeler hystérique toute lésion fonctionnelle pour laquelle nous ne trouvons pas de suite une autre explication. Un groupe de ces troubles non hystériques sont les paralysies habituelles, paralysies dues à l'habitude prise au cours d'autres affections. Les malades qui, pendant un certain temps, n'ont pas mis en mouvement certains muscles ont perdu la mémoire de ces mouvements et ils ont gardé l'habitude de la paralysie de ces muscles. Si un malade au cours d'un refroidissement ne parle pas et si, après disparition du catarrhe, il continue à ne plus parler, nous disons qu'il a une paralysie habituelle, bien différente celle-ci de la paralysie hystérique.

Après ce préambule, Gutzmann nous mentionne les types les plus fréquents. On rencontre quelquefois chez les enfants la raucité de la voix persistant après guérison d'une laryngite. Cette raucité est due à la paralysie des muscles internes. D'autres fois, la paralysie habituelle frappe les muscles transverses. La conséquence est que les malades ne parlent qu'en chuchotant. La cause de cette paralysie est assez curieuse. Il s'agit très souvent d'enfants qui bégayaient et qui se sont aperçus qu'ils ne bégayaient pas s'ils chuchotaient. Ces enfants ne peuvent plus, à moins d'être traités, parler à haute voix et peuvent garder cette voix chuchotée pendant toute leur vie. Une autre paralysie habituelle est celle des muscles postici qui constitue le fond de presque tout ce qui a été publié sur les mouvements anormaux des cordes.

Ces paralysies habituelles se voient aussi en dehors du larynx, surtout sur le voile du palais. Elles sont moins connues que leur importance ne le réclame. Leur connaissance explique comment par exemple un enfant adénectomisé est atteint, après l'opération,

de rhinolalie. D'autres fois on trouvera des enfants atteints de rhinolalie qui n'ont jamais été opérés, qui n'ont jamais fait de maladie du rhino-pharynx, et chez lesquels le voile se contracte très bien quand on le chatouille à la sonde ou quand on appuie sur la base de la langue. Ce sont des enfants qui présentent une autre forme de la paralysie habituelle.

On pourrait multiplier ces exemples. Les neuro-pathologistes connaissent très bien ces paralysies surtout chez les enfants, qui n'ont rien à faire avec l'hystérie et qui sont dues à l'auto-imitation, c'est-à-dire, l'enfant continue à imiter l'état pathologique quand la cause de cet état pathologique a déjà disparu. Chez l'adulte, il peut s'agir d'hystérie, surtout si la paralysie est de date subitement récente. Le meilleur traitement consiste en la rééducation à laquelle peut s'ajouter un traitement par les moyens physiques.

LAUTMANN.

**Le traitement de la tuberculose du larynx, surtout au point de vue de la dysphagie,** par A. RÉTHI (*Monatsch. f. Ohrenh.*, 1912, nos 7 et 8).

Le grand nombre de publications parues dernièrement sur ce sujet nous permet de ne pas résumer en détail cette étude très approfondie. Nous en sortirons ce qui est peu connu ou peu employé, ailleurs qu'à la clinique du professeur Gerber, où Réthi a eu occasion de faire ses études.

Réthi recommande l'insufflation de pergénol avant les interventions sur le larynx tuberculeux. Grâce à l'eau oxygénée que cette poudre dégage au contact des sécrétions du larynx, ce dernier se nettoie bien. Hartmann a recommandé dans le même but le perborate de soude. L'acide lactique ne paraît pas à Réthi un vrai spécifique des ulcérations tuberculeuses. Il est plus content de l'emploi de l'acide trichloracétique qui, grâce à son hygroscopicité, permet des attouchements des ulcérations tuberculeuses qui, sous son action, se cicatrisent remarquablement vite.

Parmi les procédés chirurgicaux, Réthi préfère de beaucoup la galvanocautie aux autres procédés. Il s'en tient surtout à la technique de Grünwald. Les autres procédés chirurgicaux sont également en usage à la clinique de Gerber.

Le traitement de la dysphagie par l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur a donné quelques bons résultats à Réthi, mais pas toujours. Dans 2 cas, Réthi a été obligé de faire la névrotomie de la branche interne du laryngé supérieur. Sans décrire expres-

sément la technique, il en indique les grandes lignes. L'opération exécutée 2 fois, sous anesthésie locale, a duré 10 minutes et a permis aux malades de mourir tranquillement. Avant Réthi, cette névrotomie a été exécutée déjà par Avellis. Cette névrotomie par voie externe est préférable à celle par voie endo-laryngée faite avec le galvano-cautère dans le sinus piriforme, où le nerf se trouve accompagné de l'artère dans un repli de la muqueuse. Le travail se termine par une riche bibliographie.

LAUTMANN.

**Le traitement ambulatoire de la tuberculose du larynx**, par ARTHUR MEYER (*Zeitsch. f. Laryng.*, t. V, n° 4).

Nous avons enfin appris que la tuberculose du larynx constitue presque toujours une complication chirurgicale d'une tuberculose pulmonaire. Logiquement, son traitement exige : 1° un traitement général ; 2° un traitement local, c'est-à-dire chirurgical. Inutile d'insister théoriquement sur le premier point. Pratiquement, nous en connaissons toutes les difficultés et nous savons pourquoi une technique chirurgicale, même la plus habile, donne généralement si peu de résultats. Certainement on pourrait, en joignant les deux desiderata du traitement, arriver à des résultats excellents, c'est-à-dire, on pourrait faire soigner les laryngites tuberculeuses dans un sanatorium pour tuberculeux. Mais combien existe-t-il de sanatoria pouvant s'offrir le luxe d'un laryngologiste rompu aux difficultés de la technique ?

Force nous est donc de soigner pour le moment nos tuberculeux du larynx par le traitement ambulatoire, c'est-à-dire laisser le malade au sein de sa famille et de l'opérer dans nos polycliniques ; seulement, comme le conseille Arthur Meyer, nous joignons le traitement par la tuberculine. Non pas que la tuberculinothérapie fût inconnue jusqu'à présent aux laryngologistes, mais, d'un côté, les résultats très discutables qu'ont rencontrés les phthisiothérapeutes et les soi-disant difficultés de l'administration de la tuberculine sur lesquelles tant d'auteurs compétents ont insisté (Sahli, Schroeder), et d'un autre côté l'embarras de choisir tant de sérums et tant de tuberculines ont certainement fait hésiter les laryngologistes à employer le traitement spécifique de la tuberculose. Eh bien, de tout cela, il ne faut point avoir cure. Qu'on essaye indifféremment l'une ou l'autre des tuberculines, qu'on injecte une petite dose au début, qu'on surveille son malade, qu'on n'attende pas une action véritablement curative mais seulement adjuvante de son emploi et l'on pourra, d'après Meyer, retirer le plus grand bénéfice du

traitement par la tuberculine dans la laryngite tuberculeuse.

Meyer a généralement employé la tuberculine AT parce que les réactions obtenues sont plus légères et plus facilement contrôlables. On donne au début une dose homéopathique, une injection de 0,01 centimètre cube, donc la 1/100<sup>e</sup> partie de 1 millimètre cube de tuberculine. On part de cette dose d'une façon relativement rapide pour atteindre ensuite des doses qui peuvent aller jusqu'à 1 centimètre cube et même plus de tuberculine pure. Il ne faut pas craindre de provoquer une petite réaction de l'état général et surtout il faut voir d'un pronostic pour ainsi dire favorable toute réaction locale dans le larynx. On obtiendra au début soit une augmentation de l'infiltration, soit même la formation d'une légère membrane, une sorte de voile sur les lésions. Meyer n'a pas vu d'œdème dangereux de la glotte, mais, comme Frankel a eu à en constater, nous croyons utile de rappeler cette possibilité. Il est à recommander de préparer soi-même les dissolutions voulues de la tuberculine et de ne pas se fier aux dosages tout faits.

Ce traitement par la tuberculine sera fait conjointement avec le traitement chirurgical. Avant de résumer ce dernier, d'après Meyer, disons un mot sur les contre-indications du traitement tuberculinique. Sont à exclure du traitement par la tuberculine tous les malades cachectiques, fébricitants, chez lesquels les lésions sont très étendues non seulement dans les poumons, mais aussi et surtout dans les autres organes. A la lecture du travail de Meyer on n'a pas l'impression que cet ostracisme s'étende aussi sur des malades chez lesquels la laryngopathie est très diffuse. Bref, il faut que le malade puisse faire l'impression d'être capable de faire un effort pour la guérison, pour qu'on lui applique le traitement par la tuberculine. On voit donc que ce n'est pas un médicament pour *in extremis*.

A peu près les mêmes contre-indications sont valables aussi pour le traitement local. Bien entendu, si les lésions du larynx sont très étendues et qu'il y ait des ulcérations dans le pharynx et dans la trachée, mieux vaut s'abstenir d'un traitement local et essayer d'abord le traitement par la tuberculine. Quant au traitement local, nous nous permettrons d'être très brefs. Le galvano-cautère, l'amputation de l'épiglotte, la thyrotomie, les cautérisations à l'acide lactique, tout cela nous est bien connu. Bien connu aussi est le traitement par la cure du silence. La difficulté de mettre ce procédé, en somme si simple, en pratique est un exemple typique des obstacles que rencontre un traitement rationnel de la phtisie laryngée.

LAUTMANN.

**Pathologie et traitement du lupus des voies respiratoires supérieures**, par SAFRANEK (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 5, 1912).

Ce travail consciencieux, s'appuyant, non seulement sur une étude personnelle faite sur les malades du Pr Onodi, mais aussi sur une étude des dernières publications concernant la question, ne nous apporte en somme rien de nouveau. Nous ne trouvons même pas très rares les cas de lupus primaire du larynx dont Safranek nous rapporte tout de suite 3 observations. Quant au traitement, il nous a intéressé de voir ce que Safranek pense du procédé de Pfannenstiel. Les résultats de Safranek plaident peu en faveur de cette méthode. Ses inconvénients sont nombreux, c'est un traitement long, très ennuyeux pour le malade, ne donnant aucune garantie contre la récurrence. Les 18 cas traités ont donné 5 p. 100 de guérisons. Le traitement par le radium serait très actif mais très coûteux. Sur le traitement par les rayons Röntgen et sur le traitement par l'air chaud, l'auteur ne semble pas avoir une expérience personnelle. Le traitement le plus rationnel parce que rapide, simple et bon marché est, pour Safranek, le traitement chirurgical. On pouvait discuter avec l'auteur sur cette dernière affirmation.

LAUTMANN.

**Laryngite ulcéro-membraneuse à type œdémateux. Trachéotomie**, par M. H. DAUDIN CLAVAUD (*Revue hebdom. de laryng., d'otol. et de rhin.*, 3 août 1912).

La laryngite œdémateuse aiguë, due à l'association de bacilles fusiformes et de spirilles, est une affection rare. Moure a fait un travail d'ensemble sur cette question (in *Revue hebdomad.*, n° 10, 1911). En voici un cas nouveau observé dans son service. H..., 40 ans, présente du tirage laryngé, datant de 24 heures, et survenu sans symptômes d'angine. Au laryngoscope, l'épiglotte est énorme et rouge. Trachéotomie d'urgence. Cinq jours plus tard, l'œdème épiglottique ayant diminué, on constate sur le repli ary-épiglottique droit, augmenté de volume, une fausse membrane qui flotte, difficile à décoller. L'examen bactériologique y révèle de nombreux bacilles fusiformes avec quelques spirilles. Plus tard, l'infiltration épiglottique tendant à disparaître, on aperçoit une ulcération à bords assez nets, qui prend l'aspect de transparence cartilagineuse. La membrane diminue progressivement et disparaît trois semaines plus tard.

L'auteur élimine le simple œdème *a frigore*, car l'infiltration était nettement inflammatoire, comme en témoignait la rougeur accentuée. Il ne voit pas sous l'étiquette de quelle autre affection on pourrait classer cette ulcération, quoique les bacilles fusiformes et les spirilles aient été trouvés peu abondants.

Cette localisation laryngée est redoutable : par la trachéotomie indispensable ; par une repullulation fréquente, endo et péri-laryngée ; par la possibilité de complications chroniques sténosantes.

A. HAUTANT.

**Épithélioma de l'épiglotte. Ablation par la voie transhyoïdienne,**  
par E. MOURE (*Revue hebdomad. de laryng., d'otol. et de rhin.*,  
27 janvier 1912).

H..., âgé de 71 ans. Dysphagie datant d'un mois et demi. Épithélioma bourgeonnant et diffus de l'épiglotte surtout sur la face laryngée. Il est enlevé par voie transhyoïdienne (op. de Vallas). Hémorragie post-opératoire due à des artérioles des replis ary-épiglottiques. Guérison vérifiée 7 mois plus tard. Après la guérison, le malade a présenté un allongement du larynx dans le sens antéro-postérieur, de telle sorte que l'orifice du larynx, au lieu de conserver sa forme triangulaire, est devenu ellipsoïde. Peut-être cette déformation est-elle due non à la section de l'os hyoïde, mais est-elle la conséquence de la suppression de l'épiglotte et de la rétraction cicatricielle des replis ary-épiglottiques.

A. HAUTANT.

**Papillome diffus du larynx. Transformation maligne. Opération :**  
**thyrotomie ; laryngostomie ; laryngectomie,** par E.-J. MOURE  
(*Revue hebdom. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, 27 janvier  
1912).

Malade présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (16 juin 1911). Après deux à trois tentatives d'extirpation par les voies naturelles de papillomes récidivants, chez un homme de 65 ans, l'examen histologique démontre la nature épithéliomateuse de la dégénérescence. Ceci montre donc la transformation possible de tumeurs bénignes en dégénérescences malignes. En effet, une première biopsie a montré du papillome pur ; 3 mois plus tard, une seconde biopsie révèle l'évolution épithéliomateuse. 1<sup>re</sup> opération : thyrotomie. La tumeur repullule sur tous les points. 2<sup>e</sup> opération : laryngostomie, car le malade ne veut

accepter qu'une opération palliative. Application locale de pâte arsenicale, qui sphacèle les parois laryngées. Un mois plus tard, pansements à plat, mais repullulation du néoplasme : seconde laryngectomie, avec nouveau curettage et onction de pâte arsenicale. Le curettage doit être fréquemment répété. 3<sup>e</sup> opération : laryngectomie, dont les suites sont parfaites. Mais 4 mois plus tard, infiltration rétrosternale et récurrence au pourtour de l'orifice. La laryngectomie a été faite sous anesthésie à la cocaïne : « L'opération a été non très douloureuse, mais simplement désagréable. » Moure en a opéré un second cas, où l'anesthésie a été parfaite.

A. HAUTANT.

**Un cas de kyste de l'épiglotte**, par SYTCHER (*Ejemiespatennick ou chmich*, n° 3, mars 1912).

Femme de 33 ans, vient consulter l'auteur pour une mauvaise odeur dans la bouche datant de 12 ans et perceptible surtout à la déglutition d'aliments solides. L'examen laryngoscopique montre, sur la face linguale de l'épiglotte, tout près de la base de la langue, une tumeur de coloration rosée, de consistance molle et qui, à la pression avec une sonde, laisse sourdre une matière visqueuse d'odeur désagréable. La tumeur était légèrement mobile, s'implantait par une large base à la face antérieure de l'opercule laryngé à 3/4 de centimètre de son bord libre et se continuait en bas dans la direction du sinus piriforme. Sauf une mauvaise odeur dans la bouche, elle n'occasionnait à la malade aucune sensation désagréable.

Après avoir largement ouvert la paroi supérieure de la tumeur avec une pince et vidé son contenu, l'auteur enleva *in toto* les parois affaissées. Hémorragie peu abondante.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un kyste dont les parois étaient formées des deux côtés par un épithélium pavimenteux plat et d'un tissu connectif contenant dans son épaisseur de nombreux follicules lymphoïdes. Les deux points d'intérêt dans ce cas sont : l'évolution lente du kyste (12 ans) et le fait, non encore signalé, qu'un kyste de l'épiglotte peut être cause d'une odeur fétide de la bouche.

TRIVAS.

**Enchondrome du larynx**, par JAMES CARROLL (*Annales of Otology*, déc. 1911).

Homme âgé de 34 ans. Enrouement et gêne prononcée de la respiration surtout dans la station couchée. Toux. Pas de diffi-



culté à la déglutition. Extérieurement on perçoit une tuméfaction sur le côté gauche du cartilage thyroïde. Pas d'engorgement des ganglions cervicaux. A l'examen laryngoscopique, on voit une grosse tumeur sous-glottique, rouge et avec une surface lisse; elle siégeait immédiatement sous les cordes vocales et était solidement attachée aux deux tiers postérieurs de la corde vocale gauche. La base de la tumeur était fixée à la paroi postérieure et, à un degré moindre, à la paroi latérale. La corde vocale droite était congestionnée et se mouvait librement, mais n'atteignait pas la ligne médiane; la corde gauche était fixée à la paroi latérale du larynx. L'aryténoïde gauche ne faisait, pendant la phonation, qu'un léger mouvement de rotation. Opération. Le siège exact de la tumeur était le côté gauche du cartilage cricoïde, la moitié postérieure de la membrane crico-thyroïdienne et la partie avoisinante du cartilage thyroïde. Le point d'origine de la tumeur était visiblement le cartilage cricoïde. Sa grosseur était celle d'une noisette. A la coupe on ne trouva aucune concrétion calcaire. Histologiquement la tumeur était constituée par une substance fondamentale, semblable à celle du cartilage hyalin, dans laquelle étaient dispersés des amas irréguliers de cellules cartilagineuses, un grand nombre de cellules fusiformes de tissu conjonctif; des parties ayant subi la dégénérescence myxomateuse et des cellules étoilées. Les cellules cartilagineuses étaient prépondérantes et les plus caractéristiques. Un grand nombre de celles-ci étaient sans enveloppe.

TRIVAS.

**Contribution au diagnostic et au traitement du cancer du larynx,**  
par FEIN (*Monatsch. f. Orenh.*, n° 1, 1912).

Aujourd'hui nous n'avons plus souvent occasion de diagnostiquer le cancer du larynx d'après la seule inspection au laryngoscope. Les malades nous arrivent dans des périodes relativement précoces où le diagnostic se fait surtout grâce au microscope. Mais nous avons, à la suite de nombreuses biopsies, appris que parfois les décisions du microscope sont démenties par l'évolution ultérieure de la maladie, de sorte que Schmiegelow par exemple déconseille même de se fier aux résultats de l'examen histologique. Nous savons que les cas sont nombreux dans lesquels il est impossible au microscope de reconnaître le cancer quand tous les phénomènes cliniques tendent vers ce diagnostic. Bien plus rare est le cas contraire où rien dans l'examen clinique ne dit qu'il s'agit de cancer et où cette réponse de l'histologiste est une véritable surprise. Tel

est le cas du malade dont Fein rapporte l'histoire détaillée, chez lequel pendant 6 ans tous les examens histologiques d'une tumeur, constamment récidivante et disparaissant après de petites interventions endo-laryngées, ont donné le diagnostic de cancer, diagnostic que Fein n'a pas voulu accepter pendant 9 ans et qu'a refusé avec lui la Société de laryngologie de Vienne à laquelle le malade avait été présenté. Ce cas a dû être particulier, car non seulement Fein a eu occasion de l'observer pendant 8 ans et demi, mais il est même probable qu'il datait déjà de plusieurs années auparavant. C'est à propos de ce malade, qui certainement ne présente pas le type ordinaire d'un cancer du larynx, que Fein se demande si son malade aurait vraiment survécu 8 ans et demi à l'extirpation de son larynx. Il n'est pas loin de se demander si vraiment tous les cas de cancer du larynx reconnus à une période précoce bénéficient réellement des procédés chirurgicaux radicaux modernes. Fein voudrait réserver les grandes interventions aux néoplasies dont la malignité est reconnue au microscope.

LAUTMANN.

## NOUVELLES

---

### NOUVELLES DIVERSES.

#### *Varia :*

Un médecin ayant examiné, à l'école dont elle suivait les cours, une petite fille de treize ans, miss Jackson, décida qu'il était nécessaire de lui faire une opération pour adénoïdes, l'enfant étant, si l'opération n'était pas faite, rapidement menacée de surdité. Plusieurs autres médecins appelés en consultation confirmèrent l'opinion de leur confrère.

Or, le père de l'enfant, campagnard à préjugés, refusa de laisser pratiquer l'opération sous le prétexte « qu'il ne croyait pas aux chirurgiens ». Ceux-ci, se piquant au jeu, firent assigner le père en justice par les autorités locales.

L'affaire vint d'abord devant le juge de paix qui donna gain de cause au père et déclara que, quelque désirable que parût être l'opération, M. Jackson ne pouvait être contraint légalement de faire opérer sa fille.

La cour du banc du roi, cour suprême qui, au contraire des tribunaux anglais habituels, est composée de trois juges, a infirmé cette décision. En effet, d'après la loi sur les enfants (*children act*) de 1908 tout individu qui, soit par négligence, soit même de façon passive, encourt la possibilité de faire souffrir inutilement ou de causer une infirmité permanente chez un enfant, est coupable d'un délit.

Or, les médecins étant d'accord pour déclarer une intervention chirurgicale inévitable pour éviter une surdité menaçante, infirmité permanente visée par le texte de loi, le père n'avait pas le droit de refuser son autorisation pour l'opération en question.

M. le juge Darling et ses collègues, le juge Avory et le juge Atkin, condamnèrent donc le père à se soumettre à la demande des autorités locales et à permettre l'opération.

#### ERRATUM

*Lire :* Heiman au lieu de Heimann dans l'annonce de l'ouvrage original de notre distingué confrère de Varsovie.

---

---

## CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : **LABORATOIRES DUMOUTHIER**  
**PARIS — 11, Rue de Bourgogne — PARIS**

---



## OUATAPLASME

du Docteur **ED. LANGLEBERT**

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

**ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.**

**P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.**

*Le Gérant : PIERRE AUGER.*

